



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Gestão Pública

Programa de Pós-Graduação em Economia

Mestrado em Economia e Gestão do Setor Público

Relações entre os Resultados das Auditorias e a Implementação do Planejamento da Saúde – Aspectos de Monitoramento e Avaliação

Cleide Carvalho Toscano de Almeida

Orientadora: Prof^a Dr^a Sheila Cristina Tolentino Barbosa

Brasília - DF
setembro/2016



Universidade de Brasília

Faculdade de Economia, Administração e Gestão Pública

Programa de Pós-Graduação em Economia

Relações entre os Resultados das Auditorias e a Implementação do Planejamento da Saúde – Aspectos de Monitoramento e Avaliação

Cleide Carvalho Toscano de Almeida

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Economia e Gestão Pública da Universidade de Brasília, sob a orientação da Prof^a Dr^a Sheila Cristina Tolentino Barbosa.

Brasília - DF
setembro/2016



Faculdade de Economia, Administração e Gestão Pública
Programa de Pós-Graduação em Economia

Relações entre os Resultados das Auditorias e a Implementação do Planejamento da Saúde – Aspectos de Monitoramento e Avaliação

Cleide Carvalho Toscano de Almeida

Trabalho de Conclusão de Curso, apresentado como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Economia e Gestão Pública da Universidade de Brasília, sob a orientação da Profª Drª Sheila Cristina Tolentino Barbosa.

Aprovado em 28 de setembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Sheila Cristina Tolentino Barbosa
(Faculdade de Administração da Universidade de Brasília)

Professor Dr. Roberto de Goes Ellery Junior
(Coordenador-Geral de Pós-Graduação da Faculdade de Administração, Contabilidade e Economia/UnB).

Professora Dra. Suylan de Almeida Midlej e Silva
(Faculdade de Gestão de Políticas Públicas/UnB)

Brasília - DF
setembro/2016

À Miralva (in memória), que me ensinou a amar a Deus sobre todas as coisas, ter fé e sempre perseverar. Minha querida e amada mãe, você sempre me incentivou e nunca deixou que eu desistisse, quaisquer fossem os obstáculos. E embora você não estivesse mais a meu lado, você foi a motivação para que eu chegasse até aqui.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, pela oportunidade de participar do Curso, pelo consolo nas horas mais difíceis, pelo socorro nos instantes de desesperança, pelas oportunidades concedidas, pelos obstáculos transpostos, pela inteligência, sabedoria e humildade para admitir os meus limites. E principalmente, pela paz e consolo na hora da perda de alguém que eu tanto amava. Toda honra e toda glória sejam dadas a Ele.

Ao meu querido esposo, Sérgio e meu filho Davi, por trilharem ao meu lado esta difícil caminhada, pelo incentivo, pelo amor, pela compreensão e pelo sustentáculo nos momentos tão difíceis.

À minha querida irmã, Queise pela dedicação e amor fraternal.

Ao meu pai Odeilson, pelo amor e compreensão.

À Profª Drª Sheila, pelo contínuo, atencioso e prestativo envolvimento nesse trabalho.

Para o DENASUS, que tanto me apoiou no desenvolvimento das atividades.

E aos técnicos e gestores do Ministério da Saúde, que abriram as portas para essa pesquisa.

“O bem estar, a felicidade e a própria vida de todos nós dependem, em medida significativa, do desempenho dos mecanismos administrativos que cercam e dão apoio. A qualidade da administração na sociedade moderna toca nossa vida diária, desde as questões primárias de alimentação e abrigo até a periferia de nossa atividade intelectual. Hoje, a vida de uma pessoa pode depender da administração dos controles de pureza numa farmácia; amanhã, ela pode depender das decisões de um departamento estadual de trânsito; na próxima semana, ela pode estar à mercê da sabedoria administrativa de um alto funcionário do Departamento de Estado. Querendo ou não, a administração é uma preocupação de todo mundo. Se quisermos sobreviver, convém que façamos com inteligência.”

DWIGHT WALDO (1955, p.70)

RESUMO

Implementação do processo de planejamento requer tomadas de decisões respaldadas em fatos monitorados e avaliados continuamente. Auditoria é um instrumento que fornece subsídios para a condução do planejamento. A presente pesquisa analisa o efeito de resultados de auditorias na implementação do planejamento da saúde. A análise foi realizada por meio da descrição dos processos de planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria, como também os *feedbacks* aos gestores do Ministério da Saúde. O trabalho foi desenvolvido por meio de metodologia qualitativa e descritiva, com análise de dois estudos de caso sobre o gerenciamento de Programas e a retroalimentação de informações aos gestores de Políticas. Inicialmente, foram pesquisados os referenciais teóricos sobre políticas públicas, implementação, planejamento, monitoramento, avaliação, auditoria, gestão da saúde e aspectos básicos sobre as Redes de Atenção à Saúde. Na segunda etapa, foram realizadas entrevistas com gestores e técnicos dos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192 do Ministério Saúde. A análise das entrevistas foi efetuada com base em indicadores e documentos com deduções lógicas e justificadas no referencial teórico. Foram identificadas evidências e constatações que apontaram deficiências no processo de *feedback* aos gestores dos Programas e das Políticas de Saúde fornecidas pelos relatórios do Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde (DENASUS). As deficiências influenciam no monitoramento da implementação do Programa e na avaliação da efetividade das Políticas de Saúde, implicando a falta de elementos que respaldem a elaboração e implementação do planejamento em saúde. Conclui-se o estudo, elaborando recomendações e possíveis contribuições para estudos futuros à formulação de análises para implementação do planejamento.

Palavras-chave: Auditorias. Políticas Públicas. Saúde.

ABSTRACT

The implementation of strategic plans requires that decision makers base their actions on facts under continuous monitoring and evaluation. An audit is an effective tool to foster the implementation of a strategic planning. The present research analyzes the effects of audit results in the implementation of health planning. We analyzed descriptions of planning, monitoring, evaluation, and audit processes, as well as feedback given to managers from the Brazilian Ministry of Health. We conducted a qualitative descriptive study analyzing two case reports on program management and feedback given to policy managers. Initially, we reviewed the literature on public policy, implementation, planning, monitoring, evaluation, audit, health management, and the basic aspects of the Brazilian health care network. In a second stage, we interviewed managers and technicians from the Rede Cegonha Project and SAMU-192 from the Ministry of Health. Data analysis was performed based on indicators and documents with logical deductions justified by the literature. Evidences and results suggest deficiencies in the process adopted by the public institutions to give feedback to managers of public health programs and policies as reported by the National Audit Department of the Brazilian Unified Health System (DENASUS). Such deficiencies compromise monitoring the implementation of health programs and evaluating the effectiveness of health policies. All that would imply in the lack of elements to support the development and implementation of health planning. We conclude our study with recommendations and possible contributions to future studies on the implementation process of strategic plans.

Keywords: Audit. Public policy. Health care.

**LISTA DE SECRETARIAS, DEPARTAMENTOS E COORDENAÇÕES
PESQUISADAS**

Ministério da Saúde

Secretaria de Atenção à Saúde/MS

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa/MS

Departamento de Monitoramento e Avaliação do Sistema Único de Saúde/SE/MS

Departamento Nacional de Auditoria do Sistema Único de Saúde/SGEP/MS

Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento/SAS/MS

Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres da SAS/MS

Serviço de Atendimento Móvel de Urgência e Emergência - SAMU 192/SAS/MS

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1.1	Ciclo de Políticas Públicas.....	31
Figura 1.2	Constituição Federal 1988 e o SUS.....	42
Figura 1.3	O Processo de Planejamento Estratégico.....	44
Figura 3.1	A Estrutura do Ministério da Saúde Decreto nº 8.065/2013.....	68
Figura 3.2	Organograma da SAS.....	72
Figura 3.3	Organograma DENASUS.....	82
Quadro 1	Resumo dos Casos Estudados.....	109

LISTA DE SIGLAS

BTCU	Boletim do Tribunal de Contas da União
CA	Comunicado de Auditoria
CES	Conselho Estadual de Saúde
CF	Constituição Federal do Brasil
CFC	Conselho Federal de Contabilidade
CGAUD	Coordenação-Geral de Auditoria
CGDNCT	Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica
CGIL	Coordenação-Geral de Infraestrutura e Logística
CGPO	Coordenação Geral de Planejamento e Orçamento
CIB	Comissão Intergestora Bipartite
CIR	Comissão Intergestora Regional
CIT	Comissão Intergestora Tripartite
CIT	Comissão Intergestores Tripartite
CMAUD	Coordenação de Monitoramento e Avaliação
CMS	Conselho Municipal de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COAPS	Contrato Organizativo da Ação Pública de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
DAGEP	Departamento de Gestão Participativa
DAI	Departamento de Articulação Interfederativa
DAPES	Departamento de Ações Programáticas Estratégicas

DEMAGS	Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS
DEMAS	Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS
DENASUS	Departamento Nacional de Auditoria do SUS
DIAUD	Divisão de Auditoria
DOGES	Departamento Nacional de Ouvidoria
ENAP	Escola Nacional de Administração Pública
IFF	Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
LC	Linha de Cuidado
LDO	Lei de Diretrizes Orçamentárias
LGBT	Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis, Transexuais e Transgêneros
LOA	Lei Orçamentária Anual
MS	Ministério da Saúde
MTO	Manual Técnico de Orçamento
NOB	Normas de Operacionais Básicas
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAA	Programação Anual de Atividades
ParticipaSUS	Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS
PA	Programação Anual de Saúde
PDI	Plano Diretor de Investimento
PDR	Plano Diretor Regional
PES	Planejamento Estratégico Situacional

PlanejaSUS Planejamento do SUS

PPA	Plano Plurianual
PS	Plano de Saúde
RAG	Relatório Anual de Gestão
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RC	Rede Cegonha
RUE	Rede de Atenção de Urgências
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SE	Secretaria Executiva
SEAUD	Serviço de Auditoria
SERPRO	Serviço Federal de Processamento de Dados
SGEP	Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
SISAUD	Sistema de Auditoria
SNA	Sistema Nacional de Auditoria
SUS	Sistema Único de Saúde
TCE	Tribunal de Contas do Estado
TCU	Tribunal de Contas da União
UBS	Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
JUSTIFICATIVA	21
1 CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO	23
1.1 Políticas Públicas e Implementação	23
1.2 Planejamento Geral e o Planejamento em Saúde no Brasil	39
1.3 Monitoramento e avaliação desenvolvidos pelo Ministério da Saúde	45
1.4 Auditoria	47
1.5 Gestão em Saúde	53
1.6 Aspectos gerais sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS)	57
2 CAPÍTULO 2 - BASES METODOLÓGICAS	61
2.1 Pergunta de Pesquisa	61
2.2 Objetivos da Pesquisa	61
2.2.1 Objetivo Geral da Pesquisa	61
2.2.2 Objetivos Específicos	62
2.3 O Processo Metodológico	62
2.3.1 Estrutura de Pesquisa	62
2.3.2 Caracterização da Pesquisa	62
2.3.3 Seleção dos Casos	63
2.3.4 Concepção da Estrutura	63
2.3.5 Operacionalização da Pesquisa	63
2.3.6 Coleta de Dados	64
2.3.7 Fonte de Dados	65
2.3.8 Análise de Conteúdo	65
2.3.9 Limitações Metodológicas	66
3 CAPÍTULO III – DESCRIÇÕES DOS PROCESSOS DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE	67
3.1 Políticas Públicas de Saúde e Implementação	67
3.2 Planejamento das Políticas de Saúde efetuado pelo Ministério da Saúde	75
3.3 Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde realizada pelo Ministério da Saúde	78
3.4 Auditoria realizada pelo DENASUS	81

3.5 Gestão da Saúde.....	85
4 CAPÍTULO IV – CASOS ESTUDADOS.....	88
4.1 Programa da Rede Cegonha.....	88
4.1.1 Contexto Rede Cegonha.....	88
4.1.2 Gerenciamento da Rede Cegonha.....	91
4.2 Programa do SAMU 192.....	94
4.2.1 Contexto da Rede de Urgência e Emergência com foco no SAMU 192.....	94
4.2.2 Gerenciamento do SAMU 192.....	97
5 CAPÍTULO V - ANÁLISES e DISCUSSÃO DOS DADOS	101
5.1 Resumo dos Casos Estudados.....	109
CONCLUSÃO	112
RECOMENDAÇÕES	114
BIBLIOGRAFIA.....	117
APÊNDICES.....	122

INTRODUÇÃO

Na década de 70, no Brasil, foi iniciado o Movimento da Reforma Sanitária. O país vivia um contexto de mudanças políticas e econômicas e esses fatores propiciaram o enfraquecimento do modelo médico assistencial privatista hegemônico, que dentre os seus fundamentos privilegiava a prática curativa e individual, em detrimento das ações coletivas (PAIM. et al., 2011, p.18). Em consequência, emergiram os malefícios causados às classes populares devido à sua exclusão política, social e econômica (PAIM. et al., 2011, p.18).

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, considerada um marco político-sanitário, pois ali foram disseminadas as bases doutrinárias de um novo Sistema de Saúde, que forneceram as sustentações à construção da Seção da Saúde da Constituição Federal de 1988 (PAIM. et al., 2011, p.18).

Por meio do art. 196, da Constituição Federal de 1988, o Estado assumiu a responsabilidade na provisão das ações e serviços que garantam os princípios constitucionais mediante políticas sociais e econômicas.

Nesse contexto, foi criado pela Constituição Federal de 1988 o Sistema Único de Saúde (SUS) e regulamentado pelas Leis Orgânicas da Saúde em 1990 (Leis nº 8.080 e 8.142). A concepção fundamental do Sistema Único de Saúde é que todas as pessoas têm direito à saúde.

O SUS é um sistema ou um modelo de atendimento que intenta o alcance de seus princípios e diretrizes básicas: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social. O propósito desses princípios e diretrizes é propiciar o favorecimento dos incluídos e não-incluídos economicamente.

Paim *et. al.* (2010) tratam em seu artigo “Universalidade, integralidade, equidade e SUS”, a universalidade como conotação de igualdade de acesso, isto é, que todos os brasileiros tenham acesso de forma equânime às ações e serviços de saúde, sem que haja distinção ou empecilhos de origem legal, econômica, física ou cultural (PAIM. *et. al.*, 2010).

Mas, ao ponderar sobre as desigualdades do nosso país, a equidade contempla a realidade de que locais e pessoas diferentes têm carências diferentes. Isso permite o exercício da imparcialidade ao considerar situações desiguais que devem ser tratadas desigualmente.

E com relação à integralidade, os autores abordam como um critério para a organização do Sistema (SUS), conjuntamente com a descentralização e a participação social. Eles possibilitam as ações intersetoriais e favorecem a implantação de condições para o exercício do poder na administração dos recursos sociais e econômicos, proporcionando mais desenvolvimento da gestão de políticas públicas (PAIM. et al., 2010).

E considerando a complexidade da gestão da saúde e a sua importância na economia do país, surge a necessidade de priorizar os problemas da população, no sentido de direcionar a aplicação de recursos de maneira racional.

Após a definição das prioridades dos problemas públicos de saúde, torna-se imprescindível a elaboração das políticas focadas no enfrentamento dos problemas, a fim de atingir um sistema público de saúde relevante e que ofereça resultados positivos à população brasileira (LORENZETH. et al., 2014, p. 418).

Na esfera da saúde, o Ministério da Saúde tem papel fundamental na priorização dos problemas públicos de saúde no Brasil, suas decisões culminarão na formulação de políticas públicas de saúde destinadas a prevenir, combater ou erradicar problemas que afetam o bem-estar da saúde da população.

No sentido de tornar equilibrada a maneira de gerir os recursos da saúde, é necessário que os gestores tenham em comum o conceito de “Gestão”. O Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS), em sua publicação sobre o “SUS 20 anos”, assume a definição de gestão elaborada por Scotti e Oliveira (1995), corroborada pela Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde (NOB 1/1996), como: “a atividade e a responsabilidade de comandar um sistema de saúde (municipal, estadual e federal), exercendo as funções de coordenação, articulação, negociação, planejamento, acompanhamento, controle, avaliação e auditoria.” O CONASS enfatiza que a gestão pública no âmbito da saúde é exercida pelos gestores do SUS (CONASS, 2009, p. 27)

As dificuldades e dinamicidade de gestão dos sistemas de saúde e as formulações de políticas de saúde exigem dos gestores diversos tipos de interações que vão além do estudo em saúde, abrangendo, também, o ramo social e científico.

Após as competências e atribuições estipuladas pela Lei Orgânica da Saúde (Lei n. 8.080/1990) para cada esfera de gestão, o Ministério da Saúde, no papel de gestor federal, contraiu o dever de zelar pelo desenvolvimento do SUS, para isso

muniu-se de estratégias e de instrumentos de gestão que possibilitassem a implantação das políticas de saúde no âmbito federal.

Ao Ministério da Saúde, como gestor federal, cabe a elaboração, coordenação e controle da política nacional de saúde, ocupando destaque na definição do planejamento, financiamento, cooperação técnica e controle do SUS.

O Ministério elaborou, em 2009, uma Série de Cadernos de Planejamento sob o título de “Sistema de Planejamento do SUS - uma construção coletiva”, em dez volumes, nos quais aborda aspectos que considera importante sobre o planejamento (PlanejaSUS, 2009).

No volume 1, o aspecto principal é a organização e o funcionamento. O foco está nos desafios de processo de implementação do Planejamento em saúde, denominado PlanejaSUS, definido no caderno como “a atuação contínua, articulada, integrada e solidária das áreas de planejamento das três esferas de gestão do SUS” (2009, p. 27). Para o gestor federal, o PlanejaSUS é tido como uma estratégia significativa na consolidação do SUS.

Para implementação do PlanejaSUS, seriam necessárias algumas reestruturações de natureza cultural, técnica e política, de recursos humanos, como também, de conhecimento e domínio da informação (BRASIL, 2009, P.64). Outros elementos importantes a serem considerados na implementação do PlanejaSUS seriam as diversidades econômicas e fiscais das unidades federadas (BRASIL, 2012, p.9).

Seguindo na tentativa de implementação do PlanejaSUS, o Ministério referiu-se às práticas de monitoramento e avaliação como ferramentas que auxiliam na escolha da estratégia a ser adotada pelo planejamento (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

Com a finalidade de desenvolver essas ferramentas e atender os crescentes questionamentos da eficiência e efetividade do SUS, principalmente, devido a sua marcante relevância econômica e política no país, o Ministério da Saúde criou a Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

Essa Secretaria tem entre seus objetivos os de qualificar o monitoramento, avaliação e auditoria da gestão do SUS. A SGEP foi composta por quatro Departamentos: Departamento de Gestão Participativa (DAGEP), Departamento de Monitoramento e Avaliação da Gestão do SUS (DEMAGS), Departamento Nacional

de Auditoria do SUS (DENASUS) e Departamento Nacional de Ouvidoria (DOGES) (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

Carvalho et al.. (2012, p.904), mencionam o valor do resultado entre o conhecimento técnico e a ciência. Técnicos da SGEP e do Núcleo de Estudos de Saúde Pública - Universidade de Brasília elaboraram o artigo sobre “A gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica”.

Nesse artigo, Carvalho. et al.. (2012) mencionam a importância do monitoramento na condução sistemática da implementação de programas e de seus possíveis resultados. Mas, quanto à avaliação, os autores do artigo ressaltam ser um campo que demonstra que ainda há controvérsias sobre o seu conceito, referenciais teóricos e modelos (Carvalho. et al.. 2012, p.905).

Os autores citam as ênfases de outros autores na busca do conceito ideal de avaliação, uma definição que concilie a pesquisa e a gestão. A essência dessa definição tem como função romper as barreiras culturais e tornar a avaliação uma atividade inerente ao planejamento e a gestão. As consequências de não realizar a avaliação podem gerar efeitos devastadores nas metas a serem alcançadas.

Assim, o Ministério tendo chegado à conclusão da relevância do Departamento de Monitoramento e Avaliação das Políticas Nacionais de Saúde para sustentação do planejamento resolveu posicionar em sua estrutura o DEMAGS (atualmente denominado DEMAS), na Secretaria Executiva/MS, e não mais na SGEP/MS (CARVALHO. et al., 2012, p. 910). Acentuando, com isso, a fragmentação entre os instrumentos de monitoramento e avaliação e a auditoria.

A auditoria é uma ferramenta que contribui no acompanhamento das ações e respalda as avaliações, pois ela tem como função verificar a conformidade do programa ou serviço de saúde com as fundamentações legais vigentes, e, ainda, controlar, fiscalizar, verificar e orientar as ações operacionais.

Além disso, seus resultados contribuem para o planejamento, proporcionando subsídios para a gestão avaliar o curso das execuções, os pontos críticos encontrados na implementação e a comparação entre os efeitos produzidos com as metas esperadas para as políticas (MELO, 2008, p.161).

Ao se tratar sobre auditoria no SUS, a Constituição Federal de 1988, no Artigo 198, preceituou a fiscalização, regulamentação e controle e a Lei Orgânica da Saúde

nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e imputou ao Ministério da Saúde a obrigação de acompanhar a aplicação dos recursos por meio do Sistema de Auditoria.

A Lei nº 8689, de 27 de julho de 1993, extinguiu o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), e no Artigo 6º, instituiu o Sistema Nacional de Auditoria (SNA), previsto na Lei 8.080/90. A Lei nº 8689/93, no parágrafo 4º, define que o Departamento de Controle, Avaliação e Auditoria do Ministério da Saúde será o órgão central do Sistema Nacional de Auditoria (SNA).

Posteriormente, o Sistema Nacional de Auditoria (SNA) foi regulamentado pelo Decreto Lei nº 1.651/95. No Artigo 2º, do referido Decreto Lei, foram definidos os objetivos do SNA, e no seu parágrafo único aponta a auditoria como ferramenta de gestão, e, ainda, que os resultados das ações de auditoria deverão retroalimentar o planejamento das ações e serviços de saúde.

O Decreto nº 1.651/95 estabeleceu, também, que a estrutura e funcionamento do SNA serão descentralizados nas três esferas de governo. A organização será observada pelos Estados, Distrito Federal e Municípios para a consecução dos objetivos no âmbito de suas respectivas atuações.

No plano federal, será exercida pelo Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). Em 2012, a Lei Complementar nº 141, “regulamentou o § 3º, do Art. 198, da Constituição Federal que dispõe sobre os valores mínimos a serem aplicados anualmente pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios em ações e serviços públicos de saúde.”

Ao DENASUS, componente federal do SNA, cabe o papel de realizar auditorias com o objetivo de fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros, repassados pela União aos Estados e Municípios, destinados a execução de ações e serviços de saúde, como também, a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade dos serviços prestados a população.

A pesquisa parte do pressuposto que é de grande relevância a articulação dos resultados das auditorias, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde com o processo de planejamento.

A pergunta de pesquisa que orientou esse estudo na investigação da influência dos resultados das auditorias na implementação do planejamento foi formulada da seguinte forma: *Como o monitoramento, a avaliação e a consolidação dos resultados das auditorias com foco na eficiência, eficácia e efetividade das*

políticas públicas de saúde influenciam na elaboração e implementação do planejamento em saúde?

O objetivo geral da pesquisa foi descrever efeitos dos *feedbacks* de auditoria sobre a implementação do planejamento; e como objetivos específicos descrever as características do processo de planejamento, do monitoramento e avaliação e do processo de auditoria do SUS, nos quais, possivelmente, os *feedbacks* da auditoria poderiam promover alterações na política.

A dissertação foi organizada em cinco capítulos estruturados da seguinte forma: o primeiro capítulo é composto pelo referencial teórico que está relacionado aos conceitos e considerações sobre: Políticas Públicas e implementação; Planejamento Geral e o Planejamento em Saúde no Brasil; Monitoramento e Avaliação Desenvolvidos pelo Ministério da Saúde; Auditoria; Gestão em Saúde; e Aspectos Gerais sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS), que serão base para os casos estudados.

O segundo capítulo refere-se à metodologia utilizada para a descrição dos casos estudados, que envolveu uma estrutura de código, que estabelece a correlação com os conceitos do referencial teórico às evidências.

A descrição dos processos realizados pelo Ministério da Saúde, no que diz respeito a Políticas Públicas, planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria estão contidos no terceiro capítulo.

O quarto e o quinto capítulo contêm os casos estudados e a análise e discussão dos dados relacionados com o referencial teórico e informações contidas nos documentos e entrevistas. Contando, também, com dois Programas descritos como casos estudados com base em indicadores, documentos, entrevistas a fim de corroborar as conclusões.

Finalmente é apresentada a conclusão da pesquisa e recomendações, cujo objetivo é contribuir para o desenvolvimento da teoria, e também para novos estudos sobre os resultados das auditorias e o planejamento em saúde.

JUSTIFICATIVA

Motta e Vasconcelos fazem um breve comentário histórico a respeito das raízes do Movimento da Administração Científica, e enfatizam a evolução da aplicabilidade da racionalização do trabalho na geração da eficiência por meio do planejamento, organização e coordenação dos procedimentos do administrador (MOTTA E VASCONCELOS, 2015, p. 24).

Dentre as várias críticas de outros autores com relação à racionalidade e diante da evidência da complexidade da natureza humana. Nessa obra, os autores abordam diversas teorias que ressaltam os aspectos humanos, sociais, políticos, econômicos, tecnológicos, e ainda, a interdependência e transversalidade com os ambientes internos e externos, que impactam no desenvolvimento das organizações (MOTTA E VASCONCELOS, 2015, p.164-165).

Nesse contexto, considerando que o sistema de saúde no Brasil é complexo e dinâmico. Gerir o Sistema requer dos gestores *expertise* profissional, diversos tipos de conhecimentos sanitários, administrativos e sociais. Para conduzir o SUS de maneira eficiente e eficaz e munir-se de instrumentos de gestão úteis na formulação das políticas públicas é a melhor tática na busca pelo acesso, equidade, integralidade, qualidade, financiamento e descentralização, na expectativa de propiciar a manutenção do sistema de saúde (SOUZA e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p.553).

Os resultados gerenciais das ações de auditoria interna realizadas pelo DENASUS podem funcionar como termômetro no monitoramento e avaliação das políticas de saúde, na medida que seus resultados reflitam a eficiência e eficácia dos programas de saúde nas diversas regiões do país.

Para o Tribunal de Contas da União:

Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado. (Normas de auditoria do TCU, 2011, p.13).

Atualmente, os registros em forma de relatórios expedidos pelo DENASUS apresentam apenas as análises e comparações quantitativas das metas estipuladas

no planejamento. Nesses documentos, é evidente a inexistência de análise e avaliação da eficiência, eficácia e efetividade dos programas de saúde.¹

Por não desenvolver a cultura de monitorar e avaliar os resultados das atividades de auditoria, visando o *feedback* dos programas, o planejamento estratégico das Secretarias deixa de ser alimentado com informações indispensáveis na formulação das estratégias, que poderão ser utilizadas na implementação do planejamento da saúde.

A fragmentação no processo de alimentação do planejamento pode contribuir para uma política pública, que não está atingindo o bem-estar dos cidadãos, mas apenas desperdiçando recursos públicos.

Essa pesquisa trata da inter-relação entre os instrumentos de gestão, a interlocução entre processos de planejamento e gestão, no sentido de proporcionar suporte ao desenho de estratégias e o estabelecimento de metas para o planejamento.

A pesquisa parte do pressuposto que é de grande relevância a articulação dos resultados das auditorias, monitoramento e avaliação de políticas públicas de saúde com o processo de planejamento.

¹ Fonte: Consulta aos relatórios expedidos pelo DENASUS

CAPÍTULO 1 – REFERENCIAL TEÓRICO

Ao se tratar sobre as relações entre os resultados das auditorias e a implementação do planejamento em saúde, é essencial discorrer sobre conceitos e pontos, que serão abordados na pesquisa e que influenciam direta e indiretamente nessas relações, como políticas públicas, implementação, planejamento, monitoramento, avaliação, auditoria e gestão em saúde. Posteriormente, serão abordados os aspectos gerais sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS) para embasar os casos estudados. Assim, para que o objetivo do trabalho seja atingido, o referencial teórico será centrado nas abordagens de autores que tratam dos conceitos, utilidade, características e finalidades dos referidos pontos considerados relevantes no estudo.

1.1 Políticas Públicas e Implementação

Com relação a Políticas Públicas, segundo Celina Souza (2006), nos últimos anos, os países em desenvolvimento passaram a dar mais atenção à importância do conhecimento de políticas públicas. A autora enfatiza que, além conhecer a instituição, é necessário entender as etapas que a compõem, e cita “assim sobre as instituições, regras e modelos que regem sua decisão, elaboração, implementação e avaliação” (SOUZA, 2006, p. 20).

Nesse período, a adoção de políticas restritivas de gasto permitiu mais visibilidade ao desenvolvimento econômico e social das políticas públicas, possibilitando “a adoção de orçamentos equilibrados entre receita e despesa e restrições à intervenção do Estado na economia e nas políticas sociais” (SOUZA, 2006, p.20).

Mas, segundo a autora, ainda não há o entrosamento ideal entre o desenvolvimento econômico e a expansão de políticas públicas de inclusão social. Segundo Secchi, “Uma política pública é uma diretriz elaborada para enfrentar um problema público” (SECCHI, 2014, p.1).

Souza (2006), ao discorrer sobre assunto, ressalta a falta de unanimidade do conceito de políticas públicas entre os autores que abordam o tema, mas destaca que o mais conhecido é o de Laswell (1951) “decisões e análises sobre política pública implicam responder as seguintes questões: quem ganha o que, por que e o

que diferença faz” (SOUZA, 2006, p.24). Souza (2006) reforça que existem diversas interpretações que realçam o papel da política pública na resposta de problemas (SOUZA, 2006, p. 26).

Ao tratar da dificuldade de consenso na conceituação de políticas públicas, Secchi discorre sobre os nós conceituais, e, como primeiro nó, destaca autores que adotam a abordagem “estatista” e outros autores que se referem às abordagens “multicêntricas” (SECCHI, 2014, p. 2).

Quanto à abordagem estatista ou estadocêntrica (*state-centered policy-making*), a política pública é definida como “pública” apenas quando derivada do estado, as políticas públicas são de exclusividade de atores estatais (SECCHI, 2014, p. 2).

Para os autores que defendem a abordagem estatista, o Estado é que elabora as leis e consegue fazer com que elas sejam cumpridas, e ainda, o Estado aponta as soluções para as dificuldades que o mercado e a sociedade não conseguem corrigir.

Nessa abordagem, é considerado fundamental o papel histórico do Estado brasileiro como intervencionista em fatos que marcaram a história política do país (SECCHI, 2014, p. 3).

A abordagem estatista não admite que atores não estatais estabeleçam e liderem políticas públicas, mas admite a participação na elaboração e implementação dessas políticas (SECCHI, 2014, p. 3).

No que se refere à abordagem multicêntrica ou policêntrica, as políticas são consideradas “públicas”, quando o problema é coletivo, sendo considerados os atores de “organizações privadas, organizações não governamentais, organismos multilaterais, redes de políticas públicas (*policy networks*)” (SECCHI, 2014, p. 3).

Secchi salienta como autores defensores dessa “abordagem multicêntrica Karl Polanyi e Elinor Ostrom, tidos como filósofos e cientistas políticos defensores de interpretações policêntricas da ciência, da política e da economia”. Nessa abordagem, é admitido que o estabelecimento e liderança de políticas públicas sejam exercidos por atores não estatais (SECCHI, 2014, p. 3).

Polanyi (2000), em seu livro “A Grande Transformação”, defende um desenvolvimento planejado que respeite a essência dos seres humanos, tanto física como moral e ofereça o provimento das necessidades econômicas da sociedade.

Corroborando a ideia de desenvolvimento planejado, Garcia (2015) propõe que:

se pense o desenvolvimento enquanto um projeto político nacional coordenado pelo Estado e conduzido, na prática, sob a liderança do governo federal. Um governo legítimo, democrático, comprometido, desassombrado e determinado a fazer do Brasil um país melhor para o seu povo (de hoje e das futuras gerações), solidário com os vizinhos sul-americanos e comprometido com a paz e a cooperação entre os povos. (GARCIA, 2015, p.184).

A abordagem multicêntrica, conforme Heidemann (2010, p.31), deve ser utilizada pelas políticas públicas. O motivo principal para isso é que as políticas públicas sofrem interferências de atores não só governamentais, mas de outros atores que também fazem políticas públicas (HEIDEMANN, 2010, p. 31).

Segundo Secchi, a abordagem multicêntrica de políticas públicas é mais interpretativa e menos positivista, ou seja, a interpretação do problema surge dos atores políticos (SECCHI, 2014, p. 4).

Não se pode deixar de considerar a relevância da atuação do Estado na definição de políticas públicas, pois, o Estado detém a grande parte dos recursos nacionais. Sua existência está atrelada a elaboração de políticas públicas e o poder a ele destinado de fazer cumprir o estabelecido sendo superior ao de outros atores (SOUZA, 2002, p. 6).

O autor destaca que, atualmente, a literatura sobre políticas públicas refere-se às políticas governamentais como ponto principal, pois são políticas formuladas pelos *atores* “governamentais emanadas pelos diversos órgãos dos poderes Legislativo, Executivo e Judiciário” (SECCHI, 2014, p. 5).

Sobre o assunto, Heidemann (2009, p. 31) marca o limite entre a política pública e política governamental da seguinte forma:

a perspectiva de política pública vai além da perspectiva de políticas governamentais, na medida em que o governo, com sua estrutura administrativa, não é a única instituição a servir à comunidade política, isto é, a promover políticas públicas (HEIDEMANN, 2009, p.31).

Os diversos conceitos de políticas públicas suscitaram nós conceituais, devido às diversidades de pensamentos de como são constituídas as políticas públicas (SECCHI, 2014, p. 2). Secchi (2014) considera três nós conceituais sobre o conceito de Política Pública (SECCHI, 2014, p. 2).

Sobre o primeiro nó conceitual, Secchi (2014) aponta que o conceito de políticas públicas está fundamentado no “problema público”, e o que determina se

uma política é pública ou não é “a sua intenção de responder a um problema público, e não se o tomador de decisão tem personalidade jurídica estatal ou não estatal” (SECCHI, 2014, p. 5).

O Segundo nó conceitual tem relação com o que é escolhido como problema para ser considerado relevante na definição de política pública (SECCHI, 2014, p. 6). O deixar de selecionar um determinado problema como política pública, ou seja, a omissão ou negligência referente a um determinado problema, segundo o autor, não pode ser considerado política pública, mas apenas que o problema não foi contemplado para fazer parte de uma “agenda formal”. (SECCHI, 2014, p. 6).

Secchi (2014) considera a política pública uma diretriz elaborada pelos formadores de políticas que visam alcançar os indivíduos, os grupos e as organizações a que elas se destinam. Essa categoria é considerada como atores passivos (SECCHI, 2014, p. 7).

O Terceiro nó conceitual trata a “política pública” como “estruturante, e os programas, planos e projetos são apenas seus elementos operativos, não podendo ser considerados políticas públicas individualmente” (SECCHI, 2014, p. 7).

Mas, Secchi (2014) argumenta que a política pública “pode ser composta por mais políticas públicas que a operacionalizam”. A política pública pode ser vista em níveis diferentes e cada nível os problemas e soluções são vistos de formas diferentes, dependendo do foco dos atores, da instituição e dos grupos de interesse (SECCHI, 2014, p. 8).

Analisar políticas públicas é uma tarefa complexa, principalmente, em nível estratégico. O autor ressalta que “é muito mais simples mapear atores, interesses, estilos, cultura, razões de sucesso ou insucesso de uma política pública de nível operacional”. E, independente, do nível de “análise ou do nível de operacionalização” o eixo central deverá ser sempre a solução de um problema público (SECCHI, 2014, p. 9).

Para analisar os resultados das políticas públicas e entender porque o governo resolve executar determinadas políticas ou não, foram elaborados alguns modelos. Ressalta-se a Tipologia de Theodor Lowi (1972), que é fundamentada no “impacto esperado na sociedade” (LOWI, 1964, p. 689).

Segundo Souza, essa tipologia é baseada em: “a política faz a política” (SOUZA, 2006, p. 28). Essa tipologia trata sobre a essência, a intencionalidade, a

estrutura de indução de comportamento e os resultados esperados da política pública (SECCHI, 2014, p. 25).

Para Denhardt, as diferenças estão centradas na “coercividade do poder governamental: a coerção pode ser tanto remota quanto imediata; ela pode ser aplicada diretamente ou pode funcionar por intermédio do ambiente” (DENHARDT, 2013, p.183).

Segundo Meirelles, coercibilidade refere-se a: “administração que determina e faz executar as medidas de força que se tornarem necessárias para a execução do ato ou aplicação da penalidade administrativa resultante do exercício do poder de polícia” (MEIRELLES, 2014, p. 153).

Denhardt (2013) fundamenta-se na tipologia de Lowi (1972), e denomina da seguinte forma as políticas: as políticas Regulatórias, de coerção imediata e direta são leis que regulam os comportamentos individuais ou coletivos.

As políticas Redistributivas de coerção imediata, apesar de aplicar de forma coercitiva e com aplicabilidade instantânea, consideram o ambiente. São aquelas que tributam um grupo em benefício de outro.

As políticas Distributivas utilizam as receitas de impostos arrecadados global para benefícios individuais. Conforme o autor, seu poder de coerção é tido como remoto de conduta individual.

Essas políticas são exercidas mais comumente pelo governo federal; e as Constitutivas, como as políticas são de coerção remota atingem o cidadão, indiretamente, são regras que moldam as competências da dinâmica das políticas (DENHARDT, 2013, p.184). Esses tipos políticas públicas desenvolvidas por Lowi (1972) geram quesitos de oposições e de convergências, tomando espaços diferentes no campo político (SOUZA, 2006, p.28).

Segundo Souza (2003), “o teste de um dos principais argumentos de Lowi, de que a política pública faz a política, também tem sido pouco aplicado entre nós, em especial do ponto de vista comparativo entre diferentes políticas” (SOUZA, 2003, p.18).

Outro ponto de vista da política pública, “como um processo incremental foi desenvolvido por Lindblom (1979), Calden e Wildavsky (1980) e Wildavisky (1992)” (SOUZA, 2006, p. 29). Ela parte da premissa que as resoluções governamentais seriam apenas melhoramentos (SOUZA, 2006, p.29). Esses autores abordam que

são do incrementalismo as interferências nas definições de novas políticas públicas (SOUZA, 2006, p.29).

Na visão de James Quinn Wilson (1983) sobre tipologia, segundo Secchi (2014), está fundamentada na “distribuição dos custos e benefícios da política pública na sociedade” (SECCHI, 2014, p. 26).

Um dos tipos de políticas classificadas por Wilson (1983) é a política “Clientelista”, na qual os benefícios são direcionados para um “grupo” e os custos disseminados para “coletividade” (SECCHI, 2014, p. 27).

Wilson (1983) classifica como “política de grupo de interesse”, a política que concentra tanto a despesa como as melhorias que estão centralizadas em um grupo (SECCHI, 2014, p. 27).

Outro tipo são as “políticas empreendedoras”, em que determinados grupos arcam com os custos e os “*benefícios*” são para comunidade. Nessa tipologia, o grande desafio é separar os “interesses coletivos do interesse concentrado” (SECCHI, 2014, p. 27). A política Majoritária é definida pela distribuição dos custos e benefícios para a comunidade (SECCHI, 2014, p. 27).

A tipologia de Gormley (1986) tem como critérios a “saliência” e “complexidade”. O autor considera que um ponto é saliente, quando “afeta um grande número de pessoas de modo significativo”, e a complexidade está relacionada a um grau de conhecimento sobre o assunto mais elevado (SECCHI, 2014, p. 28). Ele classifica em quatro grupos: política de sala operatória, política de audiência, política de sala de reuniões e política de baixo escalão (SECCHI, 2014, p. 28).

Os pontos principais dessas políticas são: a política de sala operatória tem saliência e complexidade alta. A política de audiência tem uma saliência alta e uma complexidade baixa, sendo tidas como políticas fáceis de ser formuladas em termos de estrutura e são de interesse da população. As políticas de sala de reuniões têm a saliência baixa e a complexidade alta, não são de grande interesse da coletividade e exigem bastante conhecimento técnico. A política de baixo escalão é aquela que tem a saliência e a complexidade baixa. São de simples elaboração e não despertam o interesse da sociedade (SECCHI, 2014, p. 29).

Segundo Raeder (2014), o critério da Tipologia de Gustafsson (1983) enfatiza o “conhecimento” a “intenção dos responsáveis pela política” (RAEDER, 2014, p.138). Para Secchi (2014), Gustafsson propõe que há relação entre a

disponibilidade do “conhecimento para a elaboração e implementação” associada a “intenção de implementar a política”.

Esse autor classifica as políticas da seguinte forma: quando são positivas para os dois fatores, elas são tidas como políticas públicas reais; quando há conhecimento, mas não há intenção, as políticas são simbólicas; quando não há conhecimento, mas há intenção essas políticas são pseudopolíticas; e quando não há conhecimento e nem intenção são classificadas como políticas sem sentido (SECCHI, 2014, p. 29).

Bozeman e Pandey (2014) estabeleceram outro critério de diferenciar uma política pública por meio da análise do “conteúdo técnico” e o “conteúdo político”, realçando a “geração de conflitos” (RAEDER, 2014, p. 138).

Secchi esclarece que as políticas públicas de conteúdo fundamentalmente político “são aquelas que apresentam conflitos relevantes no estabelecimento de objetivos e no ordenamento de objetivos, e, de alguma forma, ganhadores e perdedores da política pública são identificáveis na implementação” (SECCHI, 2014, p. 31).

No entanto, nas políticas públicas de conteúdo técnico, os conflitos são quase inexistentes quanto aos “objetivos e ordenamento”, mas o método pode ser uma variável de conflito (SECCHI, 2014, p. 31).

Essa tipologia evidencia que as políticas públicas normalmente têm as duas características técnica e política, mas, às vezes, no decorrer do ciclo de políticas públicas, elas podem nascer somente técnicas e serem transformadas em políticas (SECCHI, 2014, p. 31).

Arretche (2003) em seu artigo “Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas”, destaca que Souza previne que:

a área ainda apresenta um uso excessivo de narrativas pouco informadas por modelos ou tipologias de políticas públicas, por teorias próximas do objeto de análise e por um possível excesso de leveza metodológica. (ARRETCHÉ, 2003, p. 8).

Segundo Secchi (2014), as tipologias servem para realização de estudos comparativos que permitem análises para compreensão e avaliação de políticas públicas (SECCHI, 2014, p. 26).

Para Souza (2006), a tipologia é formada por etapas e é um processo que requer dedicação e aperfeiçoamento (SOUZA, 2006, p. 29). O primeiro deles é como considerar se um problema público é público ou não (SOUZA, 2006, p. 29).

Com relação ao problema público, um problema é considerado “público”, quando ele é relevante para a coletividade e avaliado pelos atores políticos como problema (SECCHI, 2014, p. 10).

Em se tratando de conceito, “o problema público é a diferença entre a situação atual e uma situação ideal possível para a realidade pública” (SECCHI, 2014, p. 10). Mas, a conceituação de problema público não é algo que se possa ser tão objetivo, pois há outras interpretações políticas de problema público que avistam seus grupos de interesse (SECCHI, 2014, p. 10).

Ao discorrer sobre problema público, Secchi dá ênfase à abordagem de Sjoblom (1984), sobre a identificação do problema público que envolve:

A percepção do problema: um problema público não existe senão na cabeça das pessoas. Um problema público, portanto, é um conceito subjetivo ou, melhor ainda, intersubjetivo. Uma situação pública passa a ser insatisfatória a partir do momento em que afeta a percepção de muitos atores relevantes. (SECCHI, 2014, p. 45).

Outro ponto:

A definição ou delimitação do problema: a delimitação do problema envolve definir quais são seus elementos, e sintetizar em uma frase a essência dele. No momento de delimitação de um problema, também são criados os norteadores para as definições do conjunto de causas, soluções, culpados, obstáculos, avaliação. Exatamente por isso a delimitação de um problema público é politicamente crucial no processo de elaboração de uma política pública. Há de se destacar, no entanto, que qualquer definição oficial do problema é temporária. Nas fases sucessivas de formulação das alternativas e, principalmente, na implementação, os problemas públicos são redefinidos e adaptados por políticos, burocratas e os próprios destinatários da política pública”. (SECCHI, 2014, p. 45).

E ainda:

A avaliação da possibilidade de solução costuma-se dizer que é um problema sem solução não é um problema. É claro que nem sempre as políticas públicas são elaboradas para resolver completamente um problema, e sim apenas mitigá-lo ou dirimir suas consequências negativas. No entanto, dificilmente um problema é identificado socialmente se não apresenta potencial de solução. (SECCHI, 2014, p. 45).

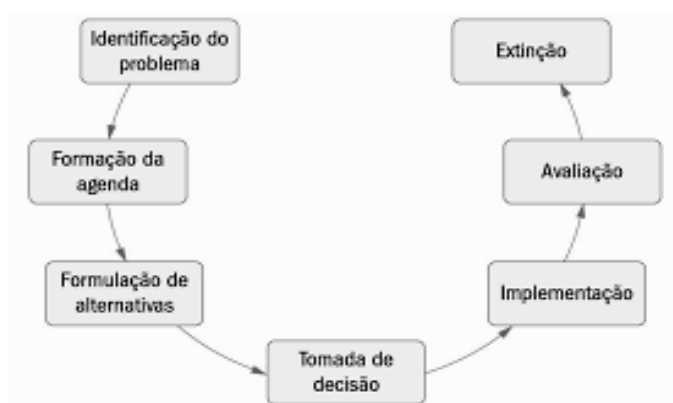
Quando um ator político identifica um problema e tendo interesse em priorizar a sua solução, poderá defender que esse problema faça parte da lista de prioridades denominada de agenda (SECCHI, 2014, p. 45).

A agenda é um conjunto de problemas ou temas entendidos como relevantes. Ela pode tomar forma de um programa de governo, um planejamento orçamentário, um estatuto partidário ou ainda, de uma simples lista de assuntos que o comitê editorial de um jornal entende como importante. (SECCHI, 2014, p. 46).

A agenda é um dos elementos que compõe o ciclo da política. Esse ciclo é constituído pelas seguintes etapas: “identificação do problema, formação da agenda, formulação de alternativas, tomada de decisão, implementação, avaliação e extinção” (SECCHI, 2014, p. 44).

Figura 1.1

Ciclo de Políticas Públicas



Fonte: SECCHI (2014).

Após a identificação do problema, o próximo passo é a formação da agenda. Segundo Hawlett. et al. (2013), não é algo fácil, ela trata de como os problemas surgem e estabelece a relevância deles (HAWLETT. et al., 2013, p.103).

Segundo John Kingdon (1984), esse estágio do ciclo e a formação da agenda têm a seguinte definição:

A agenda, como a imagino, é a lista de questões ou problemas que recebem alguma atenção séria, em algum dado momento, por parte dos funcionários do governo e das pessoas de fora do governo que estão próximas a esses funcionários. Do conjunto de todas as questões ou problemas concebíveis aos quais os funcionários poderiam estar voltando sua atenção, na realidade prestam séria atenção apenas a alguns, e não a outros. Assim, o processo da montagem da agenda limita esse conjunto de questões concebíveis ao conjunto que de fato se torna foco de atenção. (KINGDON, 1984, p. 3-4).

Os problemas só farão parte da agenda se forem admitidos pelo governo como problemas públicos (SECCHI, 2014, p.46). E para o problema ser admitido como relevante dependerá, também, do seu reflexo político e contexto econômico (SOUZA, 2006, p. 30 e HAWLETT. et al., 2013, p.106).

Ressalta-se que, segundo a teoria do equilíbrio de Baumgartner e Jones (1993), as agendas passam por períodos de estabilidade e mudança, derivadas da

estabilidade de problemas, como também, períodos de emergência dos problemas (BAUMGARTNER E JONES, 2005).

Após a inserção do problema na agenda, então serão identificadas as alternativas, os tomadores de decisão vão selecionar as alternativas mais adequadas para o alcance dos resultados esperados (RUA, 1997, p.7). Segundo Rua a melhor alternativa será aquela que concilia os interesses dos atores fundamentados em cálculos de custos econômicos e financeiros (RUA, 1997, p.7).

No ponto de vista de Schattschneider (1960), ele considera que “a definição das alternativas é o instrumento supremo de poder, porque a definição de alternativas é a escolha dos conflitos, e a escolha dos conflitos aloca poder” (SCHATTSCHEIDER, 1960, p. 68).

Formuladas as alternativas, então, é tomada a decisão para selecionar a mais conveniente. Nesse momento, são “definidos os objetivos e seu marco jurídico, administrativo e financeiro” (SARAVIA, 2006, p.33).

A fase seguinte é a implementação, ela vem logo após a tomada de decisão pelo gestor e se refere à política pública colocada em prática (SOUZA, 2002, 19). A implementação é uma etapa viva, um processo no qual realmente as coisas acontecem (CARVALHO. et al., 2010, p. 5).

O estudo da implementação permite detectar desvios dos objetivos, erros que podem ser cruciais no sucesso do alcance dos objetivos estabelecidos, e ainda, reduzir custos indesejados (SOUZA, 2002, p. 21).

Com referência a implementação, ela compõe o ciclo de políticas públicas. Nessa fase são operacionalizadas as decisões tomadas rumo a resolução do problema ou atendimento de necessidades da sociedade (VILASBÔAS e PAIM, 2008, p. 1239).

Sobre o assunto, cabe enfatizar as importantes “contribuições de Pressman e Wildavsky, publicado em 1973, sobre por que e como acontecem *implementation gaps* ou falhas de implementação” (SECCHI, 2014, p. 56).

Nesse livro, os autores abordam fatores fundamentais que frustram o que foi planejado, além dos problemas técnico ou administrativo e citam o elemento político de grande interferência para a implementação (SECCHI, 2014, p. 56).

Na etapa da implementação, são fundamentais os estudos para visualizar os aspectos que interferem na execução (DENHARDT, 2013, p. 186). Esses fatores de

interferência podem ser ambientais, estruturantes, organizacionais, de comunicações ou coordenação (DENHARDT, 2013, p. 186).

Denhardt afirma que: “assim como as políticas não são decididas no vácuo, e nem são executadas no vácuo. Pelo contrário, a execução das políticas públicas é condicionada por um conjunto complexo de fatores ambientais” (DENHARDT, 2013, p. 186).

Denhardt, Pressman e Wildavsky (1973) demonstram que: “a política e a implementação podem ser separadas para fins analíticos: implementação (...) significa executar, lograr, satisfazer, produzir, completar. Mas o que é que está sendo implementado? É uma política, obviamente”.

Esses autores argumentam que a implementação e política devem andar juntas, e que fatores ligados à implementação devem ser considerados na formação da política para que sejam bem sucedidos (DENHARDT, 2013, p.187).

Denhardt enfatiza que precisar os pontos de relevância de dificuldades da implementação deve ser considerado na formulação, bem como estabelecer os pontos fundamentais de controle, para evitar problemas na execução da política (DENHARDT, 2013, p.187).

Segundo Souza (2002), é importante saber distinguir a implementação e a avaliação. A diferença da implementação para a fase avaliativa é que a implementação busca os elementos de interferências nas práticas ou execução que influenciam o andamento das estratégias (SOUZA, 2002, p.19) e a avaliação permite compreender as origens de falhas ou acertos alcance ou não alcance dos resultados (SOUZA, 2002, p.22).

Sanderson (2002) salienta que a avaliação procura entender os acontecimentos e clarificar as causas o “que funciona para quem e em que circunstâncias” (SANDERSON, 2002, p.2).

Com relação às interferências, para Lotta (2014) é fundamental estar ciente da influência de diversos atores no processo de implementação, pois faz parte de uma atitude estratégica para fortalecimento da política pública (LOTTA, 2014, p. 187).

Sabatier (1986) classifica a implementação de políticas públicas em dois modelos: “Modelo *top-down*”. Nesse modelo, os atores políticos são quem elaboram as políticas públicas e os implementadores tratam apenas dos caminhos administrativos para que as ações aconteçam.

Caso haja problemas na execução, as causas são atribuídas aos agentes executores. Para o autor, no modelo *top-down*, as decisões são tomadas de cima pelos atores políticos e para baixo são os atores executores (SECCHI, 2014, p. 60).

Segundo Dalfior et al.. (2015), no modelo *top-down*, os formuladores têm total domínio sobre o processo, o insucesso é atribuído a má execução ou mal-entendidos (DALFIOR. et al., 2015, p. 221). Esse modelo enfatiza a identificação das causas dos problemas e a integração entre ações de execução e os objetivos estabelecidos (LOTTA, 2014, p. 190).

O segundo modelo para Sabatier é o Modelo *bottom-up*, nesse modelo os atores implementadores têm participação no processo de apuração do problema e na seleção das soluções durante a execução da política. Nele, os gestores e implementadores ao se depararem com problemas na prática da implementação podem alterar o direcionamento da política, contribuindo para o seu aperfeiçoamento e viabilizando sua implementação (SECCHI, 2014, p. 61).

Para Lotta (2014), no Modelo *bottom-up* os implementadores atuam de forma mais influente no problema e nas soluções. A ênfase é na realização dos processos, pois os resultados estão atrelados a implementação (LOTTA, 2014, p. 190).

Dalfior. et al.. (2015) ressalta que nesse modelo de processo são enfatizados os instrumentos de monitoramento e avaliação para reparação dos desvios (DALFIOR. et al., 2015, p. 222). Lotta (2014) destaca que “aqui a política pública é flexível refletindo nos resultados” (LOTTA, 2014, p. 190).

De acordo com Dalfior. et al.. (2015, p. 221), Viana e Baptista (2009) acentuam que a fase da implementação do ciclo das políticas públicas, retrata o irrelevante grau de responsabilidade dos políticos com informações produzidas pela etapa da implementação.

Nesse processo, as políticas públicas sofrem externalidades positivas e negativas, segundo Gruber (2007) “as externalidades ocorrem sempre que as ações de alguém pioram ou melhoram a situação de outra parte, sem que a primeira parte assuma os custos ou receba os benefícios de suas ações” (GRUBER, 2007, p. 1).

Quando as externalidades são negativas, suas consequências podem ser irreparáveis, principalmente, quando as informações são relevantes e que podem gerar irregularidades, que inviabilizam a continuidade da política (DALFIOR. et al., 2015, p. 221).

Ao mesmo tempo em que, deixar de considerar as externalidades positivas é não aproveitar aspectos que podem facilitar na implementação de ações (DALFIOR. et al., 2015, p. 221).

Diante das inúmeras externalidades positivas e/ou negativas sofridas na implementação, é vital que ela seja sempre observada pelo planejamento da política pública (DALFIOR. et al., 2015, p. 221). O papel do planejamento é tentar prever ao máximo essas externalidades, procurando ter um olhar estrategista para conduzir o processo (DALFIOR. et al., 2015, p. 221).

Como a função da implementação é colocar em prática as estratégias estabelecidas, as externalidades devem ser analisadas para compreensão dos processos, visando o alcance dos efeitos esperados (DALFIOR. et al., 2015, p. 222).

É por meio do acompanhamento da implementação que são viabilizadas a eficácia e eficiência das estratégias (SOBRAL e PECI, 2013, p.211). O sucesso da estratégia está vinculado à boa condução da implementação (SOBRAL e PECI, 2013, p.211).

A implementação é uma etapa dinâmica, pois possibilita a verificação da sustentabilidade do que foi acordado na formulação da política (DALFIOR. et al., 2015, p. 220).

Dalfior. et al.. (2015) enfatiza que essa fase é tida por Pinto, Silva e Baptista (2014,p.73) como “momento crucial”, na qual as propostas se materializam em ação institucionalizada, mediante a atuação dos agentes implementadores.

Mas, essa variável foi considerada por Hargrove (1975) como “elo Perdido”, por ser pouco utilizada, anos depois, Faria (2012) evidenciou que apesar de mais estudos dedicados a políticas públicas, pouco se tem dedicado a implementação (FARIA, 2012, p.34).

Nesse contexto, é necessário salientar que a análise da implementação não é algo fácil de realizar, devido a sua imprevisibilidade, quantidade de atores ou mesmo pelo número de tarefas a serem executadas (DALFIOR. et al., 2015, p. 221).

Mas, as vantagens proporcionadas por essa etapa poderão ser inúmeras aprendizagens, que podem colaborar na elaboração da descrição do comportamento da sociedade frente a uma implementação de ações, programas e políticas (DALFIOR. et al., 2015, p. 223). Como também, poder constatar estratégias que viabilizam a implementação do planejamento e pode funcionar como ferramenta de fortalecimento da ação governamental (DALFIOR. et al., 2015, p. 223).

Não se pode deixar de considerar que fatores como conflitos e falta de definições, ausência de diretrizes e guias práticos permitam que implementadores conduzam a política pública e algumas vezes desvirtuem do objetivo e do desenho original da política (LOTTA, 2014, p.191).

A interação entre os atores políticos e o ambiente institucional favorecem a implementação da política pública. São necessários os alinhamentos entre os valores dos atores atuantes da política para integração e implementação (LOTTA, 2014, p. 193). Segundo Barreira e Carvalho (2001), para Marta Arretche, avaliadora de políticas públicas:

é fundamental ter em mente que a implementação modifica o desenho original das políticas, pois esta ocorre em um ambiente caracterizado por contínua mutação; mais do que isto, devem levar em conta que os implementadores é que fazem a política, e a fazem segundo suas próprias referências (BARREIRA e CARVALHO, 2001, p.9).

Cabe aos implementadores, diante do surgimento das alternativas decidirem qual a melhor decisão a ser tomada para o alcance dos objetivos da política, considerando os recursos intelectuais, ideias, práticas e conhecimentos (LOTTA, 2014, p. 194).

Após a fase de implementação têm-se a avaliação da política pública que é, segundo Secchi, o “processo de julgamentos deliberados sobre a validade de propostas para a ação pública, bem como sobre o sucesso ou falha de projetos que foram colocados em prática” (SECCHI, 2014, p.62).

É nessa fase do ciclo de políticas públicas que se realiza o estudo da evolução da política, sua influência na tentativa de solução do problema. Nela são emitidos os *feedbacks* sobre a situação encontrada e do que já foi realizado. As avaliações podem ser feitas antes da implementação (avaliação *ex ante*), depois da implementação (avaliação *ex post*), ou pode ser utilizada na fase de formulação e implementação para análise da estratégia (MELO, 2008, p. 154).

Na abordagem de Vaitsman, Rodrigues e Paes-Sousa (2006, p.22), a avaliação estabelece indicadores para avaliar a “relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou sustentabilidade de um programa ou política, segundo aquilo que foi definido em seus objetivos” (VAITSMAN, RODRIGUES e PAES-SOUSA, 2006, p.23).

O propósito dessa avaliação é a melhoria da qualidade do programa ou política, e ainda, disponibilizar informações mais sólidas de retroalimentação do processo (MELO, 2008, p. 154).

O foco de uma pesquisa avaliativa deve ser os objetivos já determinados ou a “eficácia das ações”, com estudos sobre impactos, causas e efeitos das políticas (MELO, 2008, p. 154).

Nesse trabalho, foi enfatizada a avaliação que considera aspectos técnicos gerenciais, pois essa avaliação é centrada na avaliação da eficácia, na economicidade e na eficiência econômica de uma política, e sua efetividade. Mas, também, não deixa de abordar a avaliação com conotação política ao discorrer sobre as etapas e atores que influenciam na construção e implementação de uma política pública (SECCHI, 2014, p. 64).

Nesse contexto, surgem desafios políticos como um ambiente propício a formulação da política, a falta de abertura da comunidade para penetração de nova política pública, os usuários podem gerar exigências e expectativas difíceis de serem atendidas.

Mas, os gestores públicos devem estar preparados para enfrentá-los e propor soluções que agreguem os recursos disponíveis, os usuários, metas realísticas e o público a ser alcançado. Pontos importantes devem fazer parte do dia a dia de um gestor de política pública como o monitoramento da política, estar ciente de ideias e interesses conflitantes, estabelecer critérios, indicadores de avaliação e evitar desvios nos rumos dos objetivos estipulados (XUN WU. et al., 2014, p. 59).

Além do desafio político, existem também os desafios técnicos que começam na percepção da “...causa do problema a ser abordado e dos objetivos buscados...” (XUN WU. et al., 2014, p. 61), que visem a melhor forma de abordagem política.

Para que a causa seja bem conhecida, é necessário o levantamento das complexidades do problema. As melhorias de uma situação dependem da compreensão da causa do problema e quais as opções de políticas públicas que serão adotadas para solucioná-lo (XUN WU. et al., 2014, p. 62).

As experiências acumuladas por técnicos mais experientes são fontes de informações, que podem contribuir para apontar caminhos para soluções de problemas, mas não devem atuar como obstáculos para soluções criativas (XUN WU. et al., 2014, p. 62).

Também devem ser citados os desafios institucionais que interferem na eficácia da política pública. Fatores que dificultam a implementação da política e limitam sua atuação (XUN WU. et al., 2014, p. 62).

Aspectos tidos como padrões podem trazer grandes dificuldades para integração e inovações da política pública (XUN WU. et al., 2014, p. 62). A integração é um aspecto relevante para sustentação da política, na medida em que propiciam as transversalidades organizacionais para resolução do problema (XUN WU. et al., 2014, p. 62).

Aos Gestores Públicos cabe a tarefa de atentar para questões técnicas da formulação de políticas e examinar de maneira sistemática as evidências na condução das políticas (XUN WU. et al., 2014, p. 64).

A fragmentação institucional é algo que prejudica a condução da política, pois não permite que o gestor atue de forma proativa (XUN WU. et al., 2014, p. 64). Os gestores públicos possuem um papel de articulador. Essa articulação fragiliza a fragmentação e propicia a integração entre os setores (XUN WU. et al., 2014, p. 65). Os gestores públicos têm a função de preservar as questões técnicas de formulação das políticas (XUN WU. et al., 2014, p. 65).

Conforme afirma XUN WU. et al., “Gestores públicos precisam garantir os níveis apropriado de conhecimento analítico, administrativo e político, e capacidade de realizar adequadamente as várias tarefas envolvidas na formulação e avaliação de políticas”, dessa maneira poderão tomar decisões mais alicerçados em fatos que contribuem para o desenvolvimento da política pública (XUN WU. et al., 2014, p. 74).

Outro aspecto fundamental para os Gestores Públicos é ter a clareza dos objetivos da política pública, com a finalidade de planejar ações para o seu desenvolvimento (XUN WU. et al., 2014, p. 67).

Esses Gestores deverão estar cientes dos cenários políticos ao sugerirem soluções para os problemas públicos, como também, dos pontos fortes e fracos referentes à política pública. Esses pontos fortes e fracos são conhecidos pelo gestor no momento da avaliação.

Essa avaliação colabora para análise e emissão de recomendações para ajustes das estratégias para atingir os objetivos da política (XUN WU. et al., 2014, p. 67). Proporcionar meios para tornar a política eficaz contribui para a sustentação da política (XUN WU. et al., 2014, p. 67).

A sustentação da política também é um ponto que interfere na extinção da política pública. Giuliani (2005) cita como três pontos principais da extinção da política pública:

1. o problema que originou a política é percebido como resolvido; 2. os programas, as leis ou as ações que ativaram a política pública são percebidos como ineficazes; 3. o problema, embora não resolvidos, perdeu progressivamente importância e saiu das agendas políticas e formais. Para Meny e Thoenig (1991), esta é a causa mais comum. (SECCHI, 2014, p.67).

Mas, não se pode deixar de considerar outros motivos que levam a extinção de uma política pública, como mudanças no cenário político, políticas públicas com tempo de validade, ou estudos que comprovem que a política pública é ineficiente (SECCHI, 2014).

Apesar de estudos e pesquisas terem avançado no Brasil na área de Políticas Públicas, mais progressos poderiam ter sido conquistados se não fosse a sua fragmentação organizacional e temática. O campo das Políticas Públicas ainda é embrionário, e ampliar os conhecimentos sobre Políticas Públicas significa desvendar suas complexidades, com a finalidade de torná-las mais fáceis de serem praticadas (LOTTA, 2014).

1.2 Planejamento Geral e o Planejamento em Saúde no Brasil

As políticas públicas exigem uma ferramenta que proporcione o sustentáculo para as tomadas de decisões e o planejamento é um instrumento que viabiliza o processo de decisão, proporcionando os mecanismos apropriados (OLIVEIRA, 2006).

Mediante as constantes mudanças que ocorrem na economia, na política, na cultura, nos estilos de vida, na tecnologia e etc., e diante dos recursos escassos o papel do planejamento tornou-se ainda mais essencial, porque ele centraliza esforços, no sentido de favorecer a melhor alocação e aproveitamento dos recursos disponíveis, maximizando a eficiência e eficácia (SOBRAL e PECI, 2013, p.196).

Segundo Maximiano:

Planejar é ao mesmo tempo um processo, uma habilidade e uma atitude. Assim como o contrário de eficiência é desperdício, o contrário de planejamento é improvisação. Planejar é um processo de refletir e tomar decisões sobre o futuro (MAXIMIANO, 2011, p.111).

Para Melo e Vaitsman (2008), ser eficiente é evitar desperdícios. A eficácia é a boa utilização dos recursos e a efetividade são os resultados gerados pelos recursos de modo benéfico (MELO, 2008).

Segundo Melo, a análise da efetividade dos programas é o custo-benefício para sociedade (MELO, 2008). Melo (2008) conceitua efetividade como “a transformação de insumos em produtos que gerem impactos positivos” (MELO, 2008, p.155).

O planejamento é um instrumento pelo qual são definidos os objetivos. Nele serão definidos “o que deve ser feito” e “como deve ser feito” (SOBRAL e PECCI, 2013, p.195). O “que deve ser feito” é a determinação dos objetivos, isto é, dos resultados desejados (SOBRAL e PECCI, 2013, p.195). E o “como deve ser feito” são indicados pelo plano que reúne os recursos que serão necessários e as ações fundamentais para atingir os objetivos (SOBRAL e PECCI, 2013, p.195).

Sobral e Peci (2013) ressaltam como principais vantagens e benefícios do planejamento: ele direciona as ações rumo aos objetivos; coordena e integra as atividades; indica os principais aspectos a serem abordados; facilita as adaptações ambientais e culturais; estabelece critérios de avaliação e controle; determina padrões de controle das atividades; demonstra o papel de cada pessoa; caracteriza as externalidades internas e externas; e permite consistência às tomadas de decisões rumo aos resultados desejados (SOBRAL e PECCI, 2013, p.196).

Oliveira (2006) afirma que no Brasil, especialmente, a nível federal, o planejamento ainda é considerado como algo técnico que é praticado apenas por especialistas (OLIVEIRA, 2006, p. 274). O autor destaca que as falhas geradas na fase de implementação inviabilizam diversos projetos, programas e políticas, devido a não relevância dada pelos técnicos a essa importante etapa (OLIVEIRA, 2006, p. 274).

Isso posto, Barros coloca que:

o maior desafio a efetividade do planejamento transcende, assim, o domínio de desenhos institucionais, métodos, técnicas ou tecnologias. Sem desconsiderar a importância desses elementos, é indispensável que o compromisso com o planejamento esteja incorporado ao cotidiano da gestão e implementação da política. (BARROS, 2012, p. 13).

Não se pode deixar de atentar que o Brasil por ter uma “organização político-administrativa da República Federativa do Brasil que compreende a União, Estados,

Distrito Federal e Municípios, todos autônomos, nos termos desta Constituição” (CF, 1988, art. 18), tem um contexto de bastante heterogeneidade, as desigualdades econômicas e sociais são determinantes para tornar mais complexa a implementação de políticas públicas em âmbito nacional (BARROS, 2012, p.9).

A Constituição Federal de 1988 estipulou como os instrumentos gerais de planejamento para a gestão pública: O Plano Plurianual (PPA), a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e a Lei Orçamentária Anual (LOA) (BARROS, 2012, p.15).

O Manual Técnico de Orçamento (MTO) de 2016, do Ministério do Planejamento Orçamento e Gestão da Secretaria de Orçamento Federal descreve o Plano Plurianual como:

O PPA é o instrumento de planejamento de médio prazo do Governo Federal, que estabelece, de forma regionalizada, as diretrizes, os objetivos, as metas da Administração Pública Federal para as despesas de capital e outras delas decorrentes e para as relativas aos programas de duração continuada. (MTO, 2016, p. 83).

Esse instrumento foi criado com a finalidade de ser elaborado no primeiro ano de cada gestão e sua duração deve alcançar o primeiro ano da próxima, e é por meio dele que o governo torna público as políticas públicas para o período de 4 (quatro) anos (BARROS, 2012, p.15).

O PPA evita que haja interrupções repentinas dos investimentos e das ações continuadas previstas para o alcance de diretrizes e metas estabelecidas pela ação governamental. É necessário enfatizar que os planos setoriais devem submeter-se às diretrizes gerais contidas no PPA (BARROS, 2012, p.15).

A Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) instituída pela Constituição Federal (CF) de 1988, no § 2º, do artigo 165 compreende:

A lei de diretrizes orçamentárias compreenderá as metas e prioridades da administração pública federal, incluindo as despesas de capital, para o exercício financeiro subsequente, orientará a elaboração da lei de orçamentária anual, disporá sobre as alterações na legislação tributária e estabelecerá a política de aplicação das agências financeiras oficiais de fomento (CF, 1988, art.165).

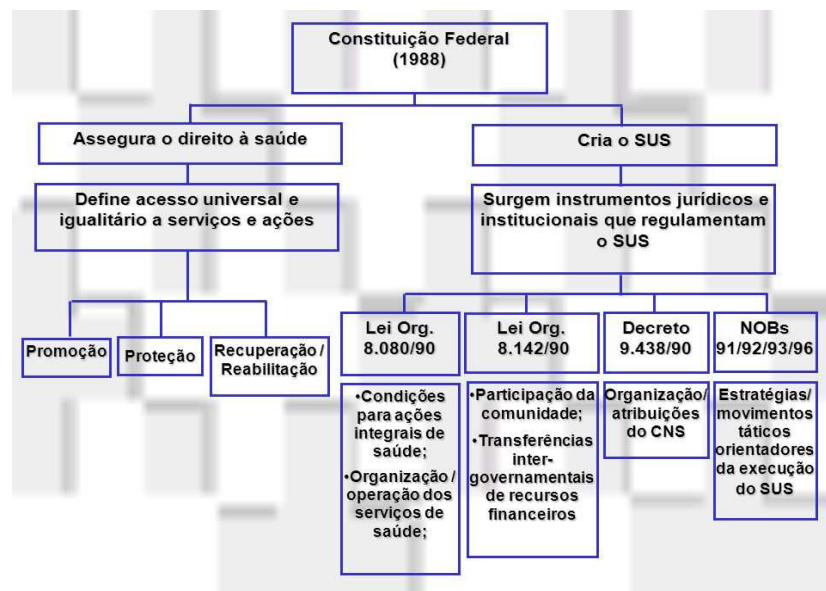
A LDO e a LOA são anuais. A Lei Orçamentária Anual (LOA) a partir da LDO especifica todas as despesas da Administração direta e indireta, e ainda os investimentos que serão realizados pelo estado. (BARROS, 2012, p.15).

O item III, do §5º, do artigo 165, da Constituição Federal (CF) de 1988, estabelece que o orçamento da seguridade social integre a LOA, nela estão contidas a previdência social, saúde e assistência social (art. 194 CF/88).

As pesquisas sobre planejamento no âmbito da saúde foram sendo ampliadas diante da crescente complexidade da matéria e necessidade de intervenção nessa área (RIZZOTTO, 2011, p.3).

Após a criação o Sistema Único de Saúde (SUS), pela Constituição de 1988, “no contexto de busca pela implantação do bem-estar social, a nova carta constitucional transformava a saúde em direito de cidadania e dava origem ao processo de criação de um sistema público, universal e descentralizado de saúde” (PAIVA, 2014, p.16), a organização do sistema público de saúde passa por mudanças principalmente nos aspectos estruturais e de financiamento (PAIVA, 2014, p.16).

Figura 1.2
Constituição Federal 1988 e o SUS



Fonte: slideplayer.com.br

Nesse momento, regulamentado os dispositivos legais da CF pelas Leis nº 8.080/1990 e 8.142/1990, os gestores precisaram adaptar o planejamento a nova concepção do SUS (BARROS, 2012, p. 15).

Nova estrutura descentralizada que contemplava os planos de saúde estaduais e municipais, enfatizando as características epidemiológicas e da organização dos serviços de suas jurisdições (Lei nº 8.080, art. 37).

Esses planos de saúde passaram a ser o documento de referência, onde estarão contidas as atividades programadas para execução em cada nível de

direção do SUS, e o financiamento dessas atividades estaria previsto nas propostas orçamentárias (Lei nº 8.080, art. 36, § 1º).

O MS, em 2011, estava diante da necessidade de estimular o Planejamento Estratégico (PE) com finalidade de integrar os instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação (MS, 2013, p.5). E como afirma José Celso Cardoso Jr. “construir um sistema de planejamento estratégico público que seja um poderoso instrumento de governo requer, antes de mais nada, que se tenha consciência de sua necessidade” (JÚNIOR, 2015, p. 51).

Segundo Maximiano (2011), “estratégia é a escolha das ações e dos meios para realizar objetivos” (MAXIMIANO, 2011, p. 130). Perante uma situação, usa-se a estratégia para que seja alcançada a situação desejada (MAXIMIANO, 2011, p. 130). Ela indica uma maneira de enfrentar um problema com a finalidade de alcançar um objetivo (MAXIMIANO, 2011, p. 130).

O Planejamento Estratégico reúne as ferramentas do planejamento com a estratégia, ou como conceitua Maximiano (2011), “é o processo de estruturar e esclarecer os cursos de ação da empresa e os objetivos que deve alcançar” (MAXIMIANO, 2011, p. 131).

Ele pode ser aplicado à organização de um modo geral ou de forma setorial (MAXIMIANO, 2011, p. 131). O modo de praticar as estratégias da organização é denominado de estratégias operacionais (MAXIMIANO, 2011, p. 131). E o plano estratégico é a definição do caminho que será adotado para alcançar o objetivo (MAXIMIANO, 2011, p. 131).

O processo de planejamento estratégico é um encadeamento de avaliações e decisões (MAXIMIANO, 2011, p. 133).

Figura 1.3
O Processo de Planejamento Estratégico



Fonte: MAXIMILIANO (2007).

O Processo de planejamento estratégico realiza a análise da situação considerando o diagnóstico realizado, análise do ambiente que compreende as externalidades positivas e negativas, analisa os pontos fortes fracos internos da organização, materializa os objetivos nos planos, define estratégias operacionais como tecnologia e infraestrutura, executa e avalia para retroalimentar o planejamento estratégico (MAXIMILIANO, 2011, p. 133).

Conforme, Maximiano (2011), esse “processo é complexo e dinâmico” (MAXIMILIANO, 2011, p. 133). Complexo porque não possui uma regra sequencial a ser cumprido, é executado de acordo com a definição de cada grupo. O processo é dinâmico porque cada fase tem suas variáveis diferentes e essas variáveis não são previsíveis (MAXIMILIANO, 2011, p. 133).

A definição das atividades que serão realizadas e dos recursos que serão alocados para realização dessas atividades são atribuições do planejamento operacional. Ele analisa os objetivos, planeja as atividades e o tempo que serão realizadas, direciona os recursos conforme as necessidades, avalia os riscos e estabelece os meios mais adequados de controle, utilizando as ferramentas apropriadas (MAXIMILIANO, 2011, p. 158).

O planejamento tático, segundo Valentim (2014), distribui os objetivos nos diversos setores e departamentos da organização. O objetivo principal é tornar eficiente a utilização dos recursos e integrar as estratégias com os objetivos das políticas organizacionais (VALENTIM, 2014).

1.3 Monitoramento e Avaliação Desenvolvidos pelo Ministério da Saúde

Estão compreendidos como ferramentas do planejamento o monitoramento e a avaliação. Eles são instrumentos que obtêm dados e informações de implementação que favorecem a execução do acompanhamento dos desenvolvimentos e dos resultados estabelecidos (PlanejaSUS, 2010, p. 9).

Para melhor compreender a visão estratégica, o Ministério da Saúde, em 13 de julho de 2006, teve como iniciativa a reestruturação da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP/MS) com a finalidade de “orientar as ações de governo na promoção, na qualificação e no aperfeiçoamento da gestão estratégica e democrática das políticas públicas, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas respectivas esferas de gestão” (ParticipaSUS, 2008, p.5).

Segundo Maximiano (2011), “a palavra estratégia é de uso corrente e indica uma forma de enfrentar um problema ou uma forma de realizar objetivos” (MAXIMIANO, 2011, p. 130).

Lotufo e Miranda (2005) sustentam que “o propósito primordial da gestão em saúde é a produção de decisões, que desencadeiam o processo de intermediação e implementação das políticas” (LOTUFO E MIRANDA, 2005, p. 1146). A gestão em saúde não é algo tão fácil de produção de decisões, pois deve considerar além dos aspectos do sistema as características das pessoas e instituições (CARVALHO. et al., 2012, p. 902).

O Monitoramento e avaliação são ferramentas que contribuem com a gestão, pois proporcionam a seleção dos principais aspectos que cooperam para articulação e integração dos facilitadores de acesso a ações e serviços de saúde (CARVALHO. et al., 2012, p. 902).

Essas ferramentas auxiliam no aperfeiçoamento da eficiência, eficácia e efetividade da gestão do SUS (CARVALHO. et al., 2012, p. 904). A complexidade da gestão do sistema exige dos gestores mais qualificação para tomada de decisões, e mais qualificação requer mais informações quanto ao desempenho das políticas públicas de saúde e o bem-estar da população (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

O “Monitoramento, Avaliação e Controle da Gestão do SUS” deverão oferecer aos gestores a integração das informações, a articulação, apoio e difusão das ações

que serão desenvolvidas nas Secretarias do Ministério e demais unidades, como também, nas outras esferas do SUS (CARVALHO. et al., 2012, p. 904-905).

Esses processos serão realizados concomitantemente ao planejamento, executando a retroalimentação ou *feedback* ao planejamento do desenvolvimento das ações. Theodore Poister afirma:

que o monitoramento e a avaliação são ferramentas críticas de gestão. O monitoramento é fundamental para o acompanhamento rotineiro de informações prioritárias, tanto para o processo de implementação de um programa, isto é, para o acompanhamento de seu desempenho operacional, como para seu desempenho finalístico (CARVALHO. et al., 2012, p. 905).

Segundo, Brousselle. et al.. (2013), “a avaliação deve servir para conceber os programas, racionalizar o planejamento e a atribuição dos recursos públicos e assegurar a imputabilidade” (BROUSSELLE. et al., 2013, p. 31).

Ele compactua com as afirmações de Donald T. Campbell (1969, 1973) “que reivindica a criação de uma sociedade de experimentação em que as políticas e os programas seriam submetidos a uma avaliação científica antes de serem implementados” (BROUSSELLE. et al., 2013, p. 31).

Carvalho. et al.. (2012) reportam-se aos conceitos de autores que pesquisam sobre a importância da avaliação na retroalimentação do planejamento, e registram que Takeda e Talbot (2006) afirmam que:

Avaliar é uma responsabilidade e as instituições não podem se furtar em exercê-la. Institucionalizar a avaliação significa incorporá-la ao sistema, possibilitando monitorar a capacidade dos serviços em responder às necessidades em saúde; acompanhar os efeitos das intervenções; identificar e corrigir problemas; enfim, retroalimentar equipes de saúde, gestores, políticos e comunidades. Não avaliar pode ser comparado a pilotar um avião sem instrumentos de navegação aérea, sem indicadores das condições de voo e do motor. É voar sem bússola, altímetro, velocímetro, indicadores de nível de combustível, óleo e temperatura da água (TAKEDA e TALBOT, 2006, p.569).

Para Barros et. al. avaliar é algo mais amplo, o avaliar engloba um aglomerado de ações:

...ético-políticas, que sustentam intenções e realizam ações com efeito de medir, descrever e julgar o sentido, o mérito e a relevância das intervenções humanas, a fim de produzir aprendizagem para os sujeitos nela envolvidos, de forma particular, e para a sociedade, de forma geral. (CARVALHO. et al., 2012, p. 906).

Segundo Jannuzzi:

“O Monitoramento e avaliação são processos analíticos organicamente articulados, que se completam no tempo, com o propósito de subsidiar, o

gestor público de informações mais sintéticas e tempestivas sobre a operação do Programa – resumidas em painéis ou sistema de indicadores de monitoramento – e mais analíticos sobre o funcionamento deste, levantadas nas pesquisas de avaliação”. (JANNUZZI, 2011, p.265).

Conforme a abordagem desta dissertação é importante destacar a diferença entre a avaliação de processo e avaliação de impacto (ADULIS, 2002; CARVALHO, 2003; COHEN; FRANCO, 1999). Segundo esses autores a avaliação de processo tem o seguinte conceito:

visa acompanhar e avaliar a execução dos procedimentos de implantação dos programas e políticas, a adequação dos meios e recursos com relação aos resultados parciais ou finais, diferenciando-se de monitorar programas (ferramenta de gerenciamento aplicada durante sua execução). (Finkler e Dell'Aglio, 2013 p. 135).

O conceito de avaliação de impacto trata:

focaliza os efeitos produzidos sobre a sociedade, para além dos beneficiários diretos da intervenção, avaliando-se sua efetividade social, e pressupõe relação causal entre política/programa e a mudança social provocada. (Finkler e Dell'Aglio, 2013 p. 135).

O autor, Carvalho. et al.. (2012) observa que há uma série de abordagens de temas e termos sobre o monitoramento e avaliação, mas que algo comum entre eles é a carência de estruturação de estratégias e de estradas que possibilitem a institucionalização desses instrumentos no âmbito do SUS (CARVALHO. et al., 2012, p. 907).

Carvalho. et al.. (2012) reconhece que essas ferramentas reforçam a democracia, disponibilizando as informações sobre objetivos, metas e resultados alcançados pelas esferas de gestão, como também, pelo controle social (CARVALHO. et al., 2012, p. 907).

Um instrumento fornecedor de subsídios para avaliação é a auditoria que segundo Barzelay (2002) “a auditoria consiste em uma forma de investigação que tem o intuito de verificar o cumprimento de critérios e ações” (MELO, 2008, p. 156).

1.4 Auditoria

Uma ferramenta capaz de coletar informações sobre objetivos, metas e resultados alcançados é a auditoria (MELO, 2008, p. 156). Dentre a diversidade de conceitos sobre auditoria, assim como modalidades, dependendo da área em que será utilizada, ressalta-se o conceito do Tribunal de Contas da União (TCU, 2011):

Auditoria é o processo sistemático, documentado e independente de se avaliar objetivamente uma situação ou condição para determinar a extensão na qual critérios são atendidos, obter evidências quanto a esse atendimento e relatar os resultados dessa avaliação a um destinatário predeterminado. (NORMAS DE AUDITORIA do TCU, 2011).

O conceito de auditoria registrado em publicação sobre a Política Nacional de Gestão Estratégica e Participativa no SUS (ParticipaSUS, 2008) do Ministério da Saúde é a seguinte:

A auditoria é o conjunto de técnicas que visa avaliar a gestão pública, de forma preventiva e operacional, sob os aspectos da aplicação dos recursos, dos processos, das atividades, do desempenho e dos resultados mediante a confrontação entre uma situação encontrada e um determinado critério técnico, operacional ou legal. (PARTICIPASUS, 2008, p.25).

Com o intuito de estimular a atividade de auditoria, o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS/SGEP/MS), componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), consolidou em um manual sobre Auditoria do SUS orientações sobre os conceitos básicos de auditoria. Essa foi a estratégia do Departamento utilizada para alinhar as técnicas de auditoria entre os gestores da saúde. Nesse Manual, o DENASUS procura enfocar a definição de auditoria na esfera de gestão da saúde:

Auditoria é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas. A auditoria, por meio da análise e verificação operativa, possibilita avaliar a qualidade dos processos, sistemas e serviços e a necessidade de melhoria ou de ação preventiva/corretiva/saneadora. Tem como objetivo propiciar ao gestor do SUS informações necessárias ao exercício de um controle efetivo, e contribuir para o planejamento e aperfeiçoamento das ações de saúde. (BRASIL, 2011, p.15).

Esses três conceitos de auditoria descritos pelo TCU, SGEP (ParticipaSUS) e o DENASUS convergem no sentido de que a auditoria é um instrumento de gestão, que deve propiciar ao gestor subsídios para tomada de decisões. E respaldados nos subsídios adquiridos pelas auditorias realizadas os gestores poderão elaborar a programação anual das auditorias a serem executadas no próximo exercício (BRASIL, 2011, p. 19).

É também, por meio da apropriação dessas informações que os gestores estipularão as necessidades de novos diagnósticos ou até mesmo maiores evidências de fatos já constatados, sejam de natureza econômica, financeira e

contábil ou de natureza qualitativa das ações e serviços ofertados à população (MELO, 2008, p.152-154).

No ponto de vista dos autores Pina e Torres (2001), as modalidades de auditoria podem ser determinadas conforme o órgão auditor, do objetivo, do alcance, da periodicidade e do momento (MELO, 2008, p.156).

No que concerne ao órgão auditor, a auditoria pode ser interna ou externa. A auditoria interna “é compreendida como uma atividade de controle administrativo, com alto grau de independência, que verifica o interior de uma organização, com a qual o grupo de auditores – geralmente, com formação acadêmica diversa – tem vínculo direto” (MELO, 2008, p.156-157). Esses autores enfatizam a função da auditoria interna da seguinte forma:

A auditoria interna, como processo de revisão, tem caráter permanente, com o objetivo de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação e eficácia a um custo razoável. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas. (MELO, 2008, p. 157).

A respeito da auditoria externa Pina e Torres definem como:

A auditoria externa, por sua vez, é realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente da organização, o que parece proporcionar uma maior isenção. Esse tipo de auditoria tem caráter periódico. (MELO, 2008, p. 157).

Sobre os objetivos, Pina e Torres (2008) abordam o aspecto financeiro e contábil. Trata-se da verificação da veracidade entre o financeiro do objeto e os registros contábeis existentes. No que diz respeito aos objetivos, há também, a auditoria de legalidade que é a averiguação da obediência das normas instituídas pelo setor público (MELO, 2008, p.157).

Quanto ao alcance, segundo os autores Pina e Torres (2001), elas poderão ser parcial ou completa, e sua periodicidade contínua, anual, ou esporádica. Referente ao momento, as auditorias podem ocorrer previamente, simultaneamente ou posteriormente (MELO, 2008, p.157).

As auditorias podem ser de ações preventivas “é a atuação objetiva sobre uma não conformidade potencial, evitando sua ocorrência”, auditoria corretiva “é a eliminação da causa de uma não conformidade evitando sua recorrência” e de acompanhamento “processo de orientação no qual o orientador, mediante contato

com o processo, acompanha o desenvolvimento de determinado(s) atividade(s)” (BRASIL, 2011, p. 16).

O Tribunal de Contas da União (TCU) classifica as auditorias como operativa e de conformidade:

Auditoria Operativa está relacionada à análise sistemática das atividades, programas, projetos dos sistemas governamentais, órgãos e entidades jurisdicionadas ao Tribunal, sendo dividida em auditoria de desempenho operacional e de avaliação de programa. A auditoria de desempenho operacional procura examinar os aspectos da economicidade, eficiência e eficácia da ação governamental, enquanto a avaliação de programa examina os resultados, isto é, a efetividade dos programas e projetos governamentais. (TCU, 2008, p. 157).

A respeito da auditoria de Conformidade o TCU explica como: “auditoria de conformidade tem o objetivo de verificar a obediência de normas e regulamentos, buscando evitar fraudes e desvios de recursos” (TCU, 2008, p. 157).

A Classificação das auditorias como de Operativa ou de Conformidade depende da finalidade de cada ação de auditoria (BTCU, 2011, p. 15).

Definida a finalidade da auditoria, em seguida, serão definidas suas etapas. Marilene Melo e Jeni Vaitsman (2008, p.157), no artigo “Auditoria e Avaliação do Sistema Único de Saúde”, citam a Resolução n. 781/95 (CFC, 1995) que aborda as etapas de auditoria como: planejamento; verificação e avaliação das informações (observação direta e entrevistas); diagnóstico; comunicação dos resultados; intervenção; e acompanhamento” (MELO, 2008, p.157).

Na etapa de planejamento, a pessoa incumbida de receber, avaliar e analisar a demanda dará início ao processo de auditoria, estabelecendo o foco prioritário da atividade (BRASIL, 2011, p.19). Em seguida, a equipe escolhida para desempenhar os trabalhos se reunirá para realizar a análise do que será verificado, bem como definir as técnicas, sistemas e documentos a serem examinados que evidenciem a formulação do diagnóstico.

Reunidas às evidências, a equipe redigirá o relatório de auditoria, onde registrará as constatações com relação do fato apurado, as evidências que sustentam a constatação, as fontes examinadas, e no caso de não conformidades às recomendações e os responsáveis pelo fato.

“O relatório tem por finalidade relatar os fatos observados dos dados obtidos e das análises efetuadas sobre o desempenho do auditado, ensejando como produto final sugestões e/ou recomendações para prevenção e correção de rumos” (BRASIL, 2011, p.27).

Considerando a abordagem da atividade de auditoria, o relatório final será encaminhado aos respectivos responsáveis estabelecidos em legislações pertinentes (BRASIL, 2011, p.27). E a intervenção e o acompanhamento serão executados conforme estabelecido nas legislações quanto ao setor público (BRASIL, 2011, p.27).

A auditoria exerce o papel de um instrumento de gestão para fortalecer as tomadas de decisões, fornecendo subsídios aos gestores para procederem à avaliação da qualidade dos serviços prestados, do acesso e da alocação de recursos (BRASIL, 2011, p. 8).

O serviço de auditoria (SNA/DENASUS) deverá ofertar aos gestores da saúde elementos, que facilitem a condução do planejamento rumo a implementação das políticas públicas de saúde (MELO, 2008, p. 156).

A utilização de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade, os chamados 3E's da gestão pública são enfatizados por Pina e Torres (2001), pois tem papel essencial na análise das instituições a serem auditadas (MELO, 2008, p. 156).

Os autores ressaltam que o estabelecimento de indicadores de processos e de resultados amplia a análise dos resultados da auditoria (MELO, 2008, p. 156). Melo e Vaitsman (2008) ao comentar sobre a resolução n. 781/95, do Conselho Federal de Contabilidade (CFC, 1995), relatam que os indicadores devem considerar certos critérios, como por exemplo: “a observância de políticas, planos, procedimentos, e leis; a garantia dos objetivos e metas para operações ou programas; a proteção do ativo; o uso econômico e eficiente dos recursos; e a *fidedignidade e integridade da informação*” (MELO e VAITSMAN, 2008, p. 156).

A respeito dos conceitos de eficácia, eficiência e efetividade, Maximiano (2011) define *Eficácia* como “a palavra para indicar que a organização realiza seus objetivos. Quanto mais alto o grau de realização dos objetivos, mais a organização é eficaz”.

Para esse autor, a Eficiência “é a palavra usada para indicar que a organização utiliza produtivamente, ou de maneira econômica, seus recursos. Quanto mais alto o grau de produtividade ou economia na utilização dos recursos, mais eficiente a organização” (MAXIMIANO, 2011, p. 11).

Segundo Marinho (2001), a *Efetividade* “diz respeito à capacidade de se promover resultados pretendidos”. Para o autor, ao aplicar-se nos programas

sociais, a efetividade é relativa à implementação e ao aperfeiçoamento dos objetivos, definidos pelo planejamento do programa (MARINHO, 2001, p.2).

Para caracterizar a eficácia, eficiência e efetividade são necessárias informações constatadas e evidenciadas em documentos, e principalmente a verificação *in loco*.

Essas informações verificadas presencialmente atribuem um grau, ainda maior de confiabilidade às informações prestadas. Melo e Vaitsman (2008), realçam o potencial das informações adquiridas nas auditorias frisando que “as informações possibilitam o redirecionamento das políticas e objetivos e, conseqüentemente, das atividades e ações dos serviços de saúde”, assumindo, assim, a função do *feedback* ou retroalimentação para o gestor da saúde. (MELO, 2008, p. 160).

As auditorias são atividades de controle utilizadas como mecanismo da coordenação, e é definido como “processo sistemático por meio do qual os gerentes regulam as atividades organizacionais para torná-las compatíveis com as expectativas estabelecidas nos planos, metas e padrões de desempenho” (BARBOSA, 2001, p.28).

Esse mecanismo permite retroalimentar (*feedback*) os gestores, identificando o desempenho das ações, as causas que impedem o alcance dos objetivos e metas, ou ainda os motivos de sucesso (BARBOSA, 2001, p.28). Mintzberg afirma que:

o propósito do controle é avaliar se o padrão foi ou não alcançado. Assim, o planejamento e o controle seguem juntos, como o provérbio popular do cavalo e da carroça: não pode haver controle sem planejamento, e os planos perdem sua influência sem controles de acompanhamento. Juntos os planos e os controles regulam os outputs e, indiretamente, o comportamento. (MINTZBERG, 2015, p. 89).

Com a finalidade de retroalimentar a gestão, as ações de auditoria deverão estar pautadas no diagnóstico, monitoramento, análise e avaliação dos resultados das ações de auditoria.

As análises deverão priorizar as avaliações das ações das políticas, visando contribuir para a implementação do planejamento e aperfeiçoamento da gestão (MELO, 2008, p. 161-162).

Ela pode ser simultânea ou retrospectiva, e abordar questões levantadas por uma avaliação. Outra característica da ação de auditoria é verificar a veracidade do parecer emitido pela avaliação (MELO, 2008, p. 160-161).

Segundo Sobral e Peci (2013), quando o conceito de auditoria se refere apenas:

...ao exame pericial, sistemático e independente que tem como objetivo avaliar a eficiência e a eficácia dos vários sistemas de uma organização. Para o senso comum, o termo está associado à investigação de fraudes contábeis nos demonstrativos e nos balanços financeiros das empresas, o que demonstra uma visão reducionista do processo de controle. (SOBRAL e PECI, 2013, p. 377).

Como processo de controle, Sobral e Peci, entendem:

“...a função da administração que assegura que os objetivos estão sendo alcançados. Consiste no monitoramento e na avaliação do desempenho da organização, na comparação deste com os objetivos planejados e na correção dos possíveis desvios”. (SOBRAL e PECI, 2013, p. 358).

É com base nesse conceito de controle, que os autores Sobral e Peci (2013, p.10) descrevem que as funções do controle envolvem: a definição de medidas de desempenho; a verificação sistemática do desempenho efetivo; a comparação entre os padrões e objetivos planejados e o desempenho efetivamente observado; e, finalmente, o estabelecimento de medidas corretivas (no caso de verificarem desvios significativos). O controle favorece a análise do planejamento ao demonstrar os caminhos que estão sendo percorridos, e se eles vão convergir no objetivo proposto (SOBRAL e PECI, 2013, p.10).

Considerando a extensão territorial, o quantitativo populacional, e ainda, as diferenças culturais entre as regiões, além de outros aspectos, a Gestão do SUS é bem complexa e exige bastante conhecimento e expertise do gestor (PAIM. et al., 2011, p. 11).

1.5 Gestão em Saúde

Ao se tratar de Gestão em saúde, é envolvido o conceito de política de saúde, isto é, o papel e ações do Estado diante de um cenário de política econômica, realidades sociais, recursos financeiros e necessidades de saúde da população (PAIM, 2006, p. 74).

A complexidade dos sistemas de saúde exige dos gestores diferentes tipos de conhecimentos, como economia, biologia, estatística, epidemiologia, clínica, entre outras (SOUZA, 2004, p. 546).

Esses conhecimentos superficiais, adquiridos em geral pela sociedade ou pelos atores, que formulam políticas de saúde, influenciam de forma marcante nas tomadas de decisão (SOUZA, 2004, p. 546). Em alguns casos, os gestores realizam

consultas especializadas, mas essas utilizações são tidas como insuficientes para respaldar decisões (SOUZA, 2004, p. 546).

Souza e Contandriopoulos (2004) relatam que a utilização de conhecimentos científicos para a gestão da saúde pode e deve ser fortalecido (SOUZA, 2004, p. 548).

Os conhecimentos produzidos pelos pesquisadores, no campo da gestão da saúde, poderão ser valiosos para os formuladores de políticas de saúde. Apesar dos obstáculos à utilização de conhecimentos científicos, os autores, Souza e Contandriopoulos (2004) sugerem que eles devam ser conhecidos e vencidos.

Essa superação produzirá tomada de decisões mais eficientes e eficazes. Mas, os autores reconhecem que para que isso seja possível é necessário que haja mudanças nos modos de preparar e fazer ciência e política, e ainda, mudanças institucionais, culturais e sociais (SOUZA, 2004, p. 548).

Facilitar a interação entre os pesquisadores e formuladores de políticas é uma estratégia que propicia o uso de conhecimentos científicos. O que os autores, Souza e Contandriopoulos (2004) ressaltam como novidade:

a novidade está em vê-las como parte de uma estratégia mais global, que adota uma perspectiva sistêmica, segundo a qual a utilização de conhecimento científicos depende do enriquecimento do senso comum que, por sua vez, depende da instauração de novas visões sobre a ciência e a formulação de políticas. (SOUZA e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 552).

Segundo Souza e Contandriopoulos (2004), “são obstáculos significativos as ideias de que a ciência produz resultados definitivos e universais, ou de que os processos de decisão que envolvem a formulação de políticas são essencialmente racionais” (SOUZA, 2004, p. 553).

Nesse contexto os autores concluem:

a mais efetiva utilização do conhecimento científico ocorre no momento em que este passa a fazer parte do senso comum. Ou, melhor dito, quando a ciência se torna um meio de aumentar a capacidade de decisão de cada indivíduo e de toda a sociedade sobre como conduzir a vida. (SOUZA e CONTANDRIOPOULOS, 2004, p. 553).

Cabe ressaltar que a implementação do desenvolvimento do Sistema Único de Saúde no Brasil é um desafio para a saúde do país. E que a fragmentação de instrumentos fundamentais na implementação das políticas de saúde tem reflexo nos resultados obtidos de prestação de serviços e bem-estar da população (TEIXEIRA, 2004) & (PAIM. et al., 2011, p. 27).

A gestão em saúde tem como alvo a produção de decisões, que suscitem o processo de intermediação e implementação das políticas (CARVALHO. et al., 2012, p. 902). Para que esses objetivos sejam alcançados há o envolvimento de fatores tais como: qualidades de pessoas, atores e instituições, ou seja, características subjetivas, e não apenas de sistemas ou serviços (CARVALHO. et al., 2012, p. 902).

Segundo Paim. et al. (2011), após o movimento de reforma sanitária, a saúde passou a ter o caráter não só biológico, mas também um problema social que necessitava de políticas públicas integradas que alicerçassem a construção de um Sistema de Saúde público de saúde voltado para toda população brasileira (PAIM. et al., 2011, p. 18).

A Constituição Federal de 1988 instituiu o Sistema Único de Saúde (SUS) a fim de proporcionar o acesso aos cuidados e tratamentos de saúde aos cidadãos brasileiros, independente de sua renda per capita e camada social em que cidadão está inserido “a saúde passou a ser um direito do cidadão e dever do Estado” (PAIM. et al., 2011, p. 11).

O SUS é um sistema complexo, pois abrange toda população e todo o território nacional com imensas diferenças culturais, populacionais, políticas, econômicas e financeiras (PAIM. et al., 2011, p. 11). A proposta de reforma no setor da saúde que tomou forma a partir de 1970 marcou a conformidade jurídica com o Estado de Bem-estar-social “*Welfare state*” “contraposto à perspectiva liberal e neoliberal, que defende a redução do papel do Estado na garantia das condições de vida (e saúde) da população brasileira” (TEIXEIRA, 2011, p.1).

O Sistema Único de Saúde tem como princípios básicos definidos na Constituição Federal de 1988 a universalidade, equidade, integralidade, descentralizado, regionalização e hierarquização. As funções do SUS são “a promoção de saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária, além de assegurar a continuidade do cuidado nos níveis primário, ambulatorial especializado e hospitalar” (PAIM. et al., 2011, p. 20).

Mas, para cumprir os princípios e suas funções, o SUS necessita de um grande volume de recursos financeiros para manter o sistema universal, equitativo, bem estruturado e abastecido de recursos humanos e materiais que propiciem sua sustentação, mas segundo Paim (2011) “o financiamento do SUS não tem sido

suficiente para assegurar recursos financeiros adequados ou estáveis para o sistema público” (PAIM. et al., 2011, p. 20).

Diante dessa constatação, torna-se fundamental gerir bem os recursos disponíveis, procurando evitar ao máximo os desvios e desperdícios para oferecer serviços públicos de qualidade.

É nesse contexto que a condução da gestão da política de saúde pode impactar na implementação e nos resultados estabelecidos como objetivos a serem alcançados. Mintzberg (2015) afirma que “a cúpula estratégica é encarregada de assegurar que a organização cumpra sua missão de modo eficaz e também que atenda às necessidades dos que a controlam ou que detêm poder sobre ela” (MINTZBERG, 2015, p. 24).

A maneira de controlar os recursos de financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), que é formado por diversas redes de ações e serviços de saúde, e financiado de forma tripartite, isto é, pelas três instâncias de gestão federal, estadual e municipal, é o controle exercido pela sociedade e pelo governo (CF,1988, Art.1988).

O controle interno do SUS é realizado pelo Sistema Nacional de Auditoria (SNA), formado por componentes municipais, estaduais e federal. O componente federal do SNA é o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS). (LEI nº 8689 e Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995).

O Decreto nº 1.651/95, no Art. 2º, estabelece as atividades que deverão ser desempenhadas pelo SNA:

Art. 2º O SNA exercerá sobre as ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS as atividades de:

I - controle da execução, para verificar a sua conformidade com os padrões estabelecidos ou detectar situações que exijam maior aprofundamento;

II - avaliação da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade;

III - auditoria da regularidade dos procedimentos praticados por pessoas naturais e jurídicas, mediante exame analítico e pericial.

Parágrafo único Sem embargo das medidas corretivas, as conclusões obtidas com o exercício das atividades definidas neste artigo serão consideradas na formulação do planejamento e na execução das ações e serviços de saúde. (Art. 2º, Decreto 1.651/95).

O Controle Interno exercido pela Auditoria e desempenhado pelo SNA é uma forma de alimentar o monitoramento e a avaliação com informações evidenciadas e

comprovadas, que trazem mais confiabilidade ao trabalho do monitoramento e avaliação (MELO, 2008, p.160).

Mas, apesar das fragilidades de gestão das informações, Carvalho. et al.. (2012) considera que se deve apreciar pequenos avanços como o fortalecimento das práticas de monitoramento e avaliação pelo Ministério da Saúde (CARVALHO. et al., 2012, p. 910).

Além desse aspecto de fragilidade de informação, outra questão que afeta a gestão da saúde é a fragmentação. Ela é uma característica relevante encontrada frequentemente, “são muitos esforços encontrados restritos a objetivos específicos e aos processos de gestão de alguns programas, mas raramente utilizados para redesenhar suas estratégias e formas de operação” (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

Esses esforços produziram muitos documentos, publicações e informações, “e uma baixa capacidade de produzir uma visão integrada do desempenho do sistema de saúde, como também do processo de gestão no âmbito do SUS” (CARVALHO. et al., 2012, p. 904).

1.6 Aspectos Gerais sobre as Redes de Atenção à Saúde (RAS)

Dawson, em 1920, registrou em seu relatório que as Redes de Atenção à Saúde (RAS) foram resultados de debates que acarretaram em mudanças no sistema de proteção social no Reino Unido (LAVRAS, 2011, p.868).

O Ministério da Saúde conceitua Redes de Atenção à Saúde como:

Redes de Atenção à Saúde são disposições organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes aspectos tecnológicos que tem como objetivo a integralidade do cuidado da saúde, alocando dispositivos tecnológicos, apoios técnicos e logísticos e de gestão. (MS, 2010).

Mendes, estudioso desse assunto, aborda o conceito de redes de atenção à saúde da seguinte forma:

As redes de atenção à saúde são organizações poligárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde – prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada -, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população. (MENDES, 2010, p.2300).

Pode-se constatar que ambos os conceitos sobre redes de atenção à saúde exigem uma integração de conhecimento e gestão bem ampla, e que geram consequências no bem-estar geral da população.

Conforme Mendes, as redes de atenção à saúde são formadas por três fatores: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde (MENDES, 2010, p. 2300).

A população é citada como primeiro fator, pois é o foco principal das redes de atenção à saúde, e os aspectos considerados relevantes são de natureza sanitária e econômica (MENDES, 2010, p. 2300).

Esses elementos vão requerer habilidades de gestão para estabelecer as principais necessidades de cuidados de saúde da população, que deverão ocupar espaço na lista de prioridades (MENDES, 2010, p. 2300).

Mendes, ao tratar da estrutura operacional, considera que ela é formada “pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imateriais que comunicam em diferentes nós” (MENDES, 2010, p. 2301).

Os nós de rede são cinco: “o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e os sistemas de governança da rede de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 2301).

Conforme explica o autor, “os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós”. E o último é aquele que integra os pontos (MENDES, 2010, p. 2301).

Segundo o autor, o centro de comunicação é constituído pela atenção primária à saúde sua finalidade é servir de intercambiador dos fluxos e contrafluxos do sistema de atenção à saúde.

Os pontos de atenção secundários e terciários tratam de ofertas de serviços especializados, eles se diferenciam pela densidade tecnológica. Os sistemas de apoio são serviços prestados com qualidade que sustentam todos os pontos de atenção à saúde.

Quanto aos serviços logísticos são sistemas de informação determinantes para a sustentação das redes de saúde, é imprescindível uma tecnologia confiável de coleta de dados e informações, bem como o tratamento dessas informações (MENDES, 2010, p. 2302).

Com relação ao terceiro fator, que formam as redes de atenção à saúde, o modelo de atenção à saúde, Mendes caracteriza da seguinte forma:

são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias, definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo em determinada sociedade. A necessidade de se mudarem os sistemas de atenção à saúde para que possam responder com efetividade, eficiência e segurança a situações de saúde dominadas pelas condições crônicas levou ao desenvolvimento de modelos de atenção à saúde. (MENDES, 2012, p. 2302).

Nesse trecho, citado por Mendes é ressaltada a ênfase na oferta de serviços pelas redes de atenção à saúde disponibilizados com eficiência, efetividade e segurança, ou seja, com qualidade. Como, também, a importância da avaliação e do diagnóstico da qualidade dos serviços ofertados, visando à substituição do modelo em caso de deficiências.

Segundo Mendes, a literatura internacional registra evidências de que “as redes de atenção à saúde pode melhorar a qualidade clínica, os resultados sanitários, a satisfação dos usuários e reduzir os custos dos sistemas de atenção à saúde” (MENDES, 2010, p. 2303).

Mas, Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Organização Mundial da Saúde (OMS) que existem segmentação e fragmentação na Rede (MENDES, 2010, p. 2303).

Segundo Mendes, ainda, não se conta com avaliações significativas que facilitem a implantação das Redes. Mas, evidências apontam que o desenvolvimento dessas redes pode impactar positivamente na qualidade de oferta de ações e serviços de saúde do SUS (MENDES, 2010, p. 2303).

Não se pode deixar de mencionar, no âmbito do SUS, as Linhas de Cuidado (LC). Elas integram as Redes de Atenção à Saúde (RAS), e em uma RAS podem perpassar diversas LCs. As LCs perpassam de forma transversal uma ou mais RAS. Pode-se citar a LC infantil, em todas as RAS estão contidos procedimentos e ações direcionadas ao atendimento do cuidado da criança. Para Malta e Merhy (2010), Linhas de Cuidado são:

A concepção da LC parte da missão institucional do estabelecimento/serviço de saúde, provendo mecanismos que garantam o cuidado (Cecílio, 1997). A LC é alimentada por recursos/insumos que expressam as tecnologias a serem consumidas pelos usuários durante o processo de assistência ao beneficiário, funcionando de forma sistêmica e

operando vários serviços. Esta tem início na entrada do usuário em qualquer ponto do sistema que opere a assistência: seja no atendimento domiciliar, na equipe de saúde da família/atenção básica, em serviços de urgência, nos consultórios, em qualquer ponto onde haja interação entre o usuário e o profissional de saúde. A partir deste lugar de entrada, abre-se um percurso que se estende, conforme as necessidades do beneficiário, por serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, especialidades, atenção hospitalar e outros. (MALTA e MERHY, 2010, p. 595).

As Linhas de Cuidado estão relacionadas a um grupo específico de pessoas e suas informações precisam ser integradas a Rede. Salientam-se dois fatores importantes da integração da Rede que é o feedback entre os integrantes das Linhas de Cuidado e o planejamento das ações de forma agregada.

CAPÍTULO 2 – BASES METODOLÓGICAS

2.1 Pergunta de Pesquisa

O Sistema Único de Saúde (SUS) não oferece à população brasileira a qualidade de serviços de saúde que melhore o bem-estar da população. A grave crise econômica, social e financeira que assola o Brasil torna cada vez mais escassos os recursos públicos, que mal empregados comprometem a qualidade de vida da população.

A administração pública torna-se mais vulnerável na medida em que as formas de controle são inadequadas. Os Sistemas de controle são orientados a constatar e a evidenciar fatos de alcance, especialmente, relacionados aos aspectos de legalidade e regularidade contábil, em detrimento dos conceitos de eficiência e eficácia, economia e de resultados ou efeitos.

A consolidação das análises e diagnóstico das ações de auditoria, respaldadas nas avaliações da qualidade dos serviços de saúde ofertados à população, apontarão aos gestores formuladores do planejamento da saúde os pontos frágeis e deficientes nas entregas de bens e serviços à sociedade, que interferem no aperfeiçoamento do sistema de saúde, no desenvolvimento do planejamento e na implementação das políticas públicas de saúde.

Para o alcance dos objetivos pretendidos por essa pesquisa, foi proposta a seguinte pergunta norteadora:

Como o monitoramento, a avaliação e a consolidação dos resultados das auditorias com foco na eficiência, eficácia e efetividade das políticas públicas de saúde influenciam na elaboração e implementação do planejamento em saúde?

2.2 Objetivos da Pesquisa

2.2.1 Objetivo Geral da Pesquisa

O objetivo geral da Pesquisa é descrever os efeitos dos *feedbacks* de auditoria sobre a implementação do planejamento.

2.2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos da pesquisa são:

- a) descrever as características do processo de planejamento;
- b) descrever os mecanismos de monitoramento e avaliação; e
- c) descrever o processo de auditoria do SUS, no qual possivelmente os *feedbacks* da auditoria poderiam promover alterações na política.

2.3 O Processo Metodológico

2.3.1 Estratégia de pesquisa

O processo Metodológico dessa pesquisa é pautado em uma abordagem qualitativa, tendo início na construção de uma referência teórica preliminar (FLICK, 2009, p.20). A pesquisa teórica preliminar direciona o estudo para um ponto central, e auxilia no rumo da coleta de dados (FLICK, 2009, p.20).

Na visão de Deslauriers (1991), a pesquisa qualitativa se preocupa em explicar o porquê das coisas, as amostras grandes ou pequenas trazem informações profundas sobre o assunto (DESLAURIERS, 1991, p. 138).

2.3.2 Caracterização da Pesquisa

Com base em seu objetivo geral, essa pesquisa é classificada como estudo de caso descritivo, por detalhar como se caracterizam as relações de integração de um programa público específico com as áreas de monitoramento, avaliação e auditoria. E ainda, como se desenvolvem o planejamento e auditoria na implementação desse programa (GIL, 2002, p.42).

Trata-se de uma estratégia de pesquisa de estudo de caso, bibliográfica e documental. Será realizado estudo de caso para descrever o processo de retroalimentação do programa, para esse fim foi utilizado material disponível ao público e documental, pois será feito uso de documentos de trabalho e relatórios de acesso mais restrito (VERGARA, 1998, p. 45).

2.3.3 Seleção dos Casos

A estratégia de seleção do caso integrante do estudo foi realizada com base na análise do objeto da pesquisa, que trata das “Relações entre os resultados das Auditorias e a Implementação do Planejamento da Saúde” (YIN, 2001, p. 44).

Foram selecionados os casos da Rede Cegonha e a Rede de Urgência e Emergência, com foco no SAMU 192 pela relevância dos assuntos para a população, à viabilidade de estudo e a interação com a auditoria.

2.3.4 Concepção da Estrutura

A estratégia da pesquisa tem como base o processo metodológico, com uma abordagem qualitativa do estudo de caso, tendo sido elaborado um referencial teórico preliminar. Seguido pela estruturação de um sistema de códigos fundamentado no referencial teórico que permite a classificação dos dados da pesquisa (Apêndice A). Com a finalidade de proporcionar mais qualidade e consistência às análises de evidências.

O processo desenvolvido possibilita interagir o que foi teoricamente elaborado com as evidências constatadas no decorrer da pesquisa, e caracteriza a coleta de dados em um processo seletivo, direcionando a pesquisa na melhor escolha do foco (MILES e HUBERMAN, 1994, p.84).

O processo adotado, caracterizado como dinâmico em espiral, possibilita que haja no decorrer da pesquisa uma frequente correlação entre a teoria e as evidências que foram constatadas (MILES e HUBERMAN, 1994, p.85). Essa dinâmica proporciona mais qualidade nos resultados da pesquisa e na consistência das conclusões.

2.3.5 Operacionalização da Pesquisa

O objeto de pesquisa dessa dissertação é a investigação de como os resultados gerados pela auditoria do SUS (DENASUS) tem sido suficientes para gerar subsídios para avaliação de um Programa (LAVILLE, 1999, p. 155).

A intenção é desenvolver conhecimentos capazes de subsidiar a elaboração de ações mais articuladas entre o DENASUS e as áreas técnicas do Ministério da Saúde. Como, também, fornecer mais informações para favorecer o

aperfeiçoamento e implementação do planejamento das políticas de saúde, contribuindo para melhor aplicação dos recursos disponibilizados.

Para obtenção da análise proposta, será verificada como é realizada a implementação do planejamento do Programa e a gestão das informações fornecidas, como resultados das ações de auditorias realizadas relativas ao Programa. A escolha dos Programas está vinculada a aspectos de viabilidade e relevância, como:

- a) Caracterização do tipo de implementação utilizada no programa, caracterização do tipo de auditoria e as formas de retroalimentação (*feedback*) da política, que permitam identificar as etapas do processo de gestão;
- b) Identificação de objetivos e metas estabelecidas no planejamento e os resultados alcançados registrados em documentos;
- c) Programas de relevância para a sociedade e que fazem parte da agenda do governo federal; e
- d) Apresentação de aspectos que possibilitam a caracterização de atores envolvidos, sua articulação e integração com o processo.

2.3.6 Coleta de Dados

Os instrumentos integrantes da coleta de dados são: a entrevista (Apêndice B), pesquisa documental e folha sumária (Apêndice C) (YIN, 2001, p. 128). No sentido de viabilizar o trabalho de coleta de dados, foram elaborados indicadores referentes ao referencial teórico, que associados a uma estrutura de códigos contribuem para a seleção dos dados convergentes com o tema abordado e propiciam a utilização do significado dos resultados (GIL, 2002, p.146).

Foram entrevistados: o Gestor da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) em 29 de junho de 2016, técnico do Departamento de Monitoramento e Avaliação da Saúde (DEMAS) da Secretaria Executiva (SE) executada em 07 de junho de 2016, Assessora Técnica da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres em 17 de junho de 2016 e técnico da Rede Cegonha em 08 de junho de 2016, Consultor do SAMU 192 em 09 de junho de 2016, Coordenador-Geral de Auditoria (CGAUD) do DENASUS e

Coordenadora das Ações Nacionais de auditoria da Rede Cegonha em 24 de junho de 2016 e a Coordenadora das ações Nacionais de auditoria do SAMU 192, em 27 de junho de 2016.

Conforme recomendado por Yin (2001), para que o trabalho de estudo de caso tenha consistência as fontes de evidências devem ser diversificadas.

2.3.7 Fonte dos Dados

Segundo Yin (2001, p. 120) e Flick (2009, p. 32), ao tratarem sobre estudo de caso, o fundamento lógico para se utilizar várias fontes de evidências é a triangulação. A triangulação dos dados coletados (Apêndice C), entrevista (Apêndice B) e pesquisa documental, permitem extrair as informações necessárias para análise dos dados de forma confiável para sustentar as conclusões. Com base nisso, esse trabalho de pesquisa foi elaborado por meio desse processo como alicerce para análise dos dados.

2.3.8 Análise de Conteúdo

Nessa pesquisa, foi utilizada a Análise de Conteúdo. Esse tipo de abordagem propicia esmiuçar processos (BARDIN, 1977).

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos, sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inseridas) destas mensagens. (BARDIN, 1977, p.42).

Nessa técnica, o analista, ao tratar os dados e informações, delimita as unidades de codificação ou de registro (BARDIN, 1977, p. 36). A análise de conteúdo é a análise dos significados ou de significantes (BARDIN, 1977, p. 34).

Segundo Bardin (1977), “a técnica consiste em classificar os diferentes elementos nas diversas gavetas, segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido capaz de introduzir numa certa ordem na confusão” (BARDIN, 1977, p.37).

A finalidade da classificação é deduzir informações que dizem respeito ao assunto abordado (BARDIN, 1977, p.37). Essa abordagem visa proporcionar deduções “lógicas e justificadas” (BARDIN, 1977, p.42).

Houve também a utilização da técnica de observação direta pela pesquisadora na área de auditoria.

2.3.9 Limitações Metodológicas

Quanto às limitações metodológicas, Yin (2001) ressalta que um dos fatores limitadores no estudo de caso é o tempo para a conclusão da pesquisa (YIN, 2001, P. 182).

Segundo Ventura (2007), há limitações na obtenção dos dados e dificuldade na generalização dos resultados obtidos (VENTURA, 2007, p. 386). Esse método exige do pesquisador muita atenção e cuidado no tratamento dos resultados (VENTURA, 2007, p. 386).

Ventura (2007) recomenda para se evitar o viés à elaboração de um plano de estudo de caso, e ainda rigor científico necessário ao planejamento do estudo de caso, análise e interpretação (VENTURA, 2007, p. 386). Foi com base nesses aspectos que essa pesquisa de estudo de caso elaborou um respaldo teórico para análise dos dados coletados.

Conforme ressalta Yin (2001), quanto aos fatores limitadores dessa metodologia, essa pesquisa constatou que houve dificuldade em conseguir marcar as entrevistas, principalmente, considerando o tempo para a conclusão do trabalho.

Houve receio de alguns participantes de conceder entrevista, devido à transição política. Outro fator encontrado foi quanto limitação de conhecimento aos assuntos abordados.

CAPÍTULO 3 – DESCRIÇÕES DOS PROCESSOS DESENVOLVIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE

Para compreensão do processo e da inter-relação entre os resultados das auditorias e a implementação do planejamento em saúde, serão descritos nesse capítulo como são realizados e utilizados pelo Ministério da Saúde os pontos que foram considerados fundamentais para a implementação do planejamento em saúde.

3.1 Políticas Públicas de Saúde e Implementação

Ao se tratar, especificamente, sobre o tema saúde, a partir da Constituição de 1988, a população brasileira passou a ter direito à saúde garantida pela Constituição. Sendo criado o Sistema Único de Saúde – SUS. Cabendo aos governos federal, estadual e municipal desenvolverem políticas públicas que permitam o acesso da população aos serviços de saúde, como também, seus aperfeiçoamento e qualificação (CF, 1998, Art. 196 e 198).

As Políticas de Saúde são formuladas pelo Ministério da Saúde. Essa organização tem a missão de:

Promover a saúde da população mediante a integração e a construção de parcerias com os órgãos federais, as unidades da Federação, os municípios, a iniciativa privada e a sociedade, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida e para o exercício da cidadania (Lei 8.080, 1990, Art. 9º; Item II, do Art. 16; Portal saúde.gov.br).

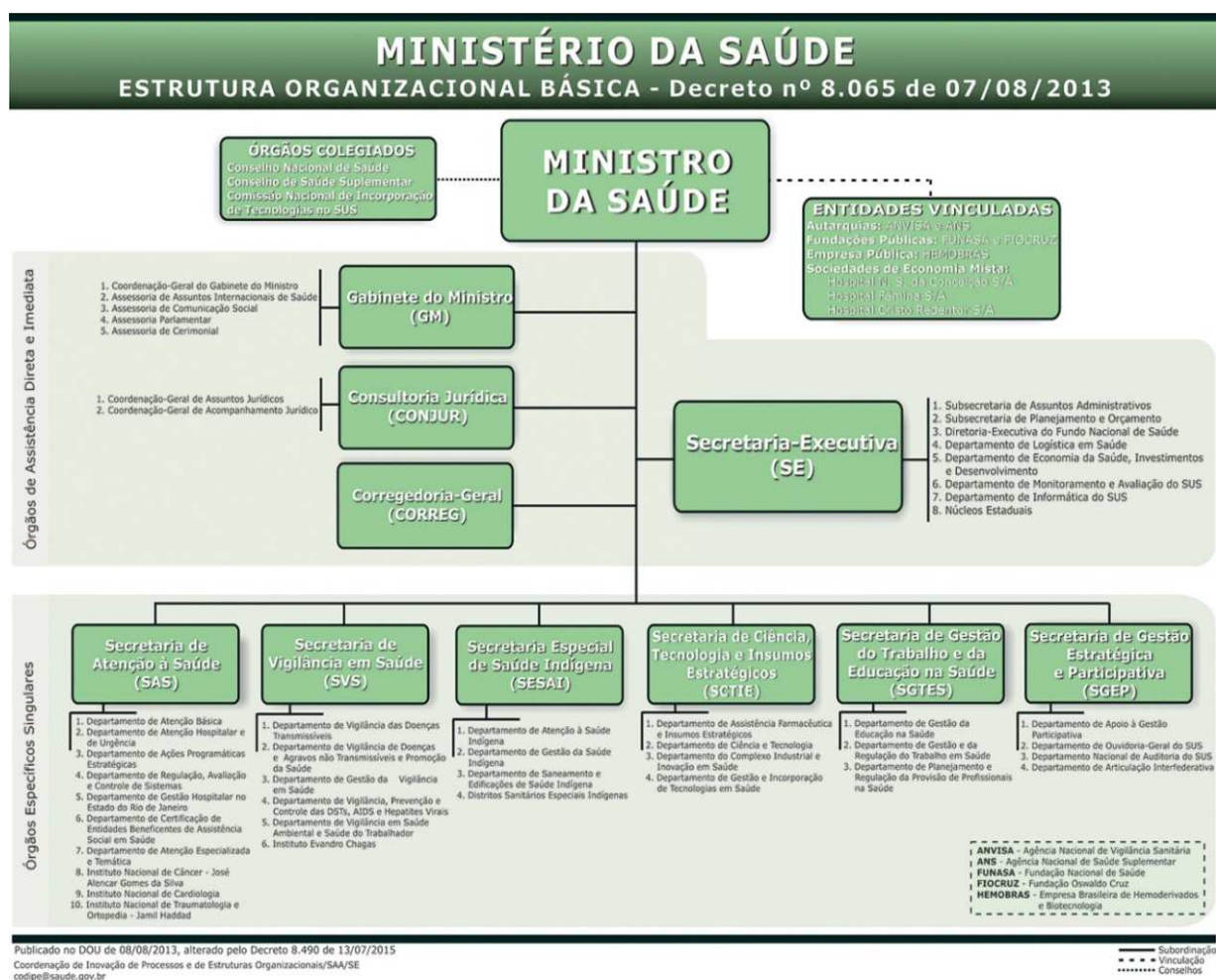
Ao formular Políticas de Saúde, os gestores ponderam em focar nas questões de quais serão os benefícios, os custos e os efeitos que trarão para a vida dos cidadãos (ENTREVISTA 7). As respostas a essas perguntas precisam ser coerentes com a missão do órgão de organizar e elaborar planos e políticas públicas que estejam direcionadas para a promoção, prevenção e assistência à saúde do povo brasileiro (Lei 8.080, 1990, Art. 9º e Item II do Art. 16).

O órgão central para o funcionamento do Sistema Único de Saúde e de suas políticas públicas de saúde é o Ministério da Saúde. Essa organização provê o funcionamento do SUS direcionando, além de recursos federais orçamentários e financeiros, estrutura de políticas públicas que atendam ao cidadão e todo arcabouço necessário, para oferecer aos cidadãos brasileiros o funcionamento de

um Sistema Único de Saúde, que ofereça ações e serviços de saúde de qualidade para a população brasileira (MS, 2009, p.19).

Figura 3.1

A estrutura do Ministério da Saúde, conforme o Decreto nº 8.065/2013, de 7 de agosto de 2013. Competências e responsabilidades de cada componente da estrutura.



Fonte: <http://portalsaude.saude.gov.br/>

A organização do Ministério é direcionada para o fortalecimento da concepção do SUS, que foi baseada em uma construção democrática, em que os atores que participam da formulação das Políticas de Saúde, coordenados pelo Estado, sejam representantes do controle social atuantes nos Conselhos Nacional, estaduais, municipais, e pelos gestores estadual, municipal e federal. A quantidade de atores é imensa, considerando o número de municípios e estados do nosso país (Apêndice B

- ENTREVISTA 1, ENTREVISTA3, ENTREVISTA 4 e ENTREVISTA 7) e (Apêndice C).

Para a determinação dos problemas públicos de saúde, os gestores estabeleceram um eixo central que é a busca pela solução do problema de saúde (ENTREVISTA7).

A responsabilidade de seleção dos problemas públicos que compõem a agenda é uma tarefa complexa e trabalhosa para os técnicos de planejamento e das áreas de avaliação, por esse motivo é fundamental a utilização de instrumentos que respaldem a tomada de decisão. Além disso, outro aspecto que os técnicos devem levar em consideração são os cenários social, econômico e político do país (SECCHI, 2014, p.10).

Na seleção dos problemas públicos, os técnicos das áreas de planejamento e avaliação que atuam na Secretaria do MS responsável por essa atividade e têm a incumbência de formar a agenda da saúde, lidam com atores que, além de representarem grupos específicos da sociedade, detêm muito poder político (Apêndice B - ENTREVISTA 07).

Mas, como as regras para elaboração das políticas são muito claras como Leis, Decretos, Portarias, entre outros tipos de normas e legislações, não há muita interferência de cunho político. Nesse estágio, são detectados conflitos devido a diversidades de interesses e competição por uma fatia no orçamento (Apêndice B - ENTREVISTA 07 e Apêndice C).

“Tem muita interferência política, não é uma interferência em si, porque as regras são muito claras, NE, então quando as regras são claras, a regra do jogo é muito clara os atores sabem também como se comportar, agora, é claro que tem um jogo de interesses, é que no fundo no fundo a disputa pela apropriação dos recursos do SUS que são escassos é normal que os diversos atores disputem a apropriação desses recursos” (Apêndice B – ENTREVISTA7).

Esses atores, em decorrência do limitado orçamento para a saúde, disputam uma fatia desse orçamento. Essa disputa se dá entre atores, tanto do setor filantrópico, quanto do setor público e entre vários outros atores representantes de grupos que fazem parte da sociedade, principalmente, para as áreas de Média e Alta complexidade, Atenção Básica, Saúde Mental (Apêndice B - ENTREVISTA 07 e Apêndice C).

A disputa desigual entre os atores pode acarretar sérios problemas ao Sistema, mas a cooperação pode fortalecer. Nesse sentido, o papel dos gestores da

saúde na instância federal é fundamental na visão de formação e educação, na disseminação das informações de forma clara e de simples entendimento, e ainda do conhecimento técnico entre os atores que participam da formulação e operacionalização da implementação das políticas de saúde (Apêndice B - ENTREVISTA7 e Apêndice C).

O papel dos gestores do Ministério é saber harmonizar esses conflitos, porque todos os atores são importantes na construção do SUS (Apêndice B - ENTREVISTA 07 e Apêndice C). Esses conflitos técnicos e políticos na fase de operacionalização da implementação podem acarretar *implementations gaps*, isto é, falhas de implementação.

Na competição pela seleção dos problemas públicos de saúde, os gestores que detêm o conhecimento, a informação, a capacidade técnica dos principais sistemas de gestão do SUS têm uma grande vantagem sobre aqueles que são amadores e não dominam os sistemas informatizados e tem uma baixa capacidade de gestão (Apêndice B - ENTREVISTA 7 e Apêndice C).

Diante desse fato, são estabelecidas diretrizes que deverão ser observadas:

- as atribuições dos gestores e as competências dos órgãos do SUS que os habilitam para o exercício de um poder de regulamentação, de intervenção executiva e de fiscalização;
- os dispositivos legais em vigor; e
- as políticas sociais vigentes (BRASIL, 2009, p. 25).

Os profissionais que atuam na área de planejamento têm um papel importante no sentido de favorecer o desenvolvimento da política, por meio de cooperação técnico-científico, oferecendo metodologias adequadas para formulação da política, intervindo na coordenação e condução do processo (BRASIL, 2009, p. 21).

Os problemas públicos de saúde considerados de maior relevância política, econômica e aqueles tidos como urgentes são classificados na agenda como prioritários e os outros constam na agenda, para que não deixem de ser executados (ENTREVISTA 7).

Depois de inserido o problema na agenda da saúde, os técnicos de planejamento e orçamento identificam as alternativas mais adequadas e indicam os programas mais adequados para implantação da política. Após a definição dos programas, serão definidos os objetivos e os instrumentos legais que nortearão as ações (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

Com vistas a viabilizar o processo de evolução dos programas, organização das políticas de saúde e prover o funcionamento do SUS, o Ministério da Saúde conta em sua estrutura com sete Secretarias. Nesse trabalho, o foco será na Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), por ser essa Secretaria responsável pela formulação, apoio técnico e financeiro para implementação das políticas e programas de saúde.

Para atender os variados tipos de serviços fundamentais à manutenção do SUS, a SAS tem uma estrutura ampla e complexa. Dentre as diversas atribuições, essa Secretaria foi encarregada pela elaboração, inferência, apoio técnico e financeiro para implementação das principais políticas de saúde do país (RAG, 2014 – Apêndice D e Apêndice B - ENTREVISTA 07).

A SAS é responsável pelas políticas de Atenção Básica, de Média e Alta Complexidade, laboratorial, como também pela manutenção da prestação e serviço de saúde dos Hospitais Federais do Rio de Janeiro (RJ) (Apêndice B - ENTREVISTA 07).

Segundo o Artigo 14º, do Decreto 8.065/2013, compete a SAS:

Atenção à Saúde:

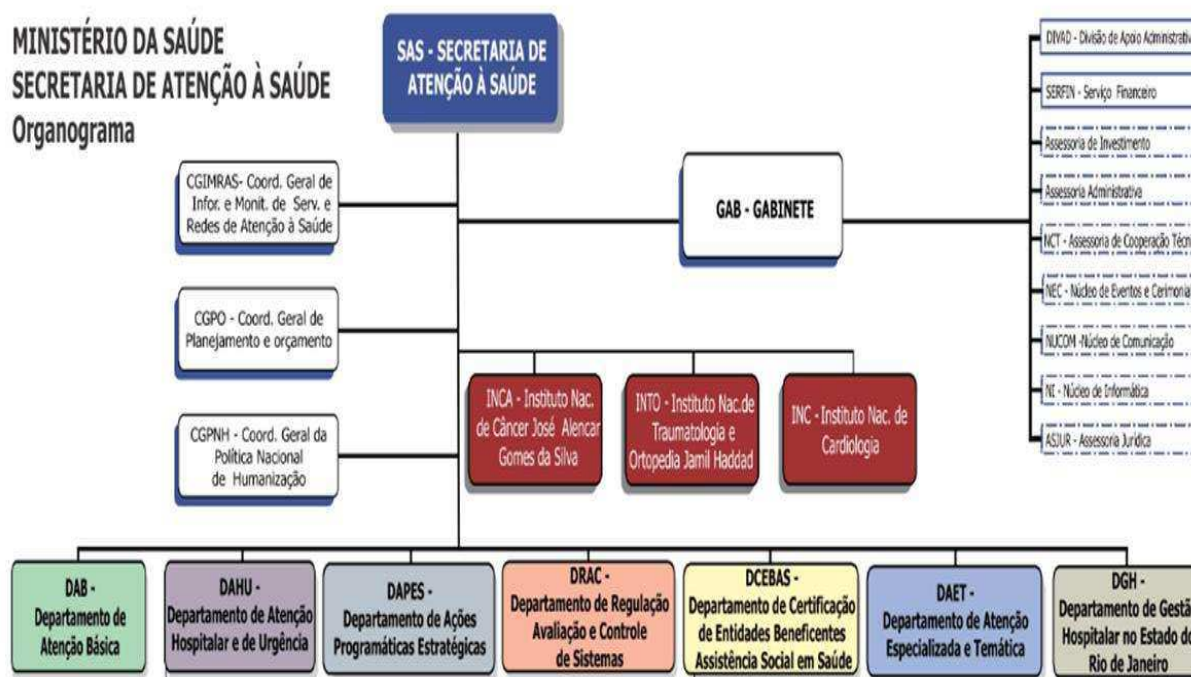
- I - participar da formulação e implementação da política de atenção à saúde, observados os princípios e diretrizes do SUS;
- II - definir e coordenar sistemas de redes integradas de ações e serviços de saúde;
- III - estabelecer normas, critérios, parâmetros e métodos para o controle da qualidade e avaliação da atenção à saúde;
- IV - identificar os serviços de referência para o estabelecimento de padrões técnicos de atenção à saúde;
- V - elaborar e propor normas para disciplinar as relações entre as instâncias gestoras do SUS e os serviços privados contratados de assistência à saúde;
- VI - coordenar, acompanhar e avaliar, em âmbito nacional, as atividades das unidades assistenciais do Ministério da Saúde;
- VII - prestar cooperação técnica para o aperfeiçoamento da capacidade gerencial e operacional de Estados, Municípios e Distrito Federal;
- VIII - coordenar a formulação e a implantação da política de regulação assistencial do SUS;
- IX - promover o desenvolvimento de ações estratégicas voltadas para a reorientação do modelo de atenção à saúde, tendo como eixo estruturador as ações de atenção básica em saúde;
- X - participar da elaboração, implantação e implementação de normas, instrumentos e métodos que fortaleçam a capacidade de gestão do SUS nos três níveis de Governo;
- XI - proceder à certificação das entidades beneficentes de assistência social que prestam ou realizam ações sociais na área de saúde, nos termos da Lei no 12.101, de 27 de novembro de 2009;
- XII - normatizar, no que lhe competir, sem prejuízo das competências de outros órgãos do Ministério da Saúde, as ações e serviços de atenção à saúde, no âmbito do SUS;

- XIII - promover ações de integração da atenção básica aos serviços de urgência e emergência, à atenção especializada, às ações de vigilância em saúde;
- XIV - promover ações da rede de atenção à saúde;
- XV - apoiar financeiramente Estados, Municípios e Distrito Federal na organização das ações de rede de atenção à saúde;
- XVI - desenvolver sistemas, mecanismos de gestão, de controle, de monitoramento e de avaliação das ações voltadas à organização e implementação de redes de atenção à saúde;
- XVII - apoiar o desenvolvimento de mecanismos inovadores que fortaleçam a organização de sistemas de saúde e a capacidade de gestão do SUS nas três esferas de Governo; e
- XVIII - definir diretrizes para as ações estruturantes e emergenciais da Força Nacional do SUS. (RAG, 2014, p. 34- Apêndice D).

Com o objetivo de propiciar o alcance dos objetivos estabelecidos para a SAS, o Ministério da Saúde organizou a Secretaria em Departamentos, conforme organograma a seguir: (Decreto nº 8.065, de 07 de agosto de 2013).

Figura 3.2

Organograma da SAS



Fonte: BRASIL, 2014.

Em meio a vários Departamentos que compõem a SAS, está o Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (DAPES), que aborda Políticas por grupos

populacionais, tratando das especificidades de cada grupo (Apêndice B - ENTREVISTA 07 e RAG/SAS, 2014 – Apêndice D).

Para isso, conta com atores governamentais, estaduais e municipais, órgãos de controle, interlocução com atores da Casa Civil e da sociedade. Grupos representantes das mulheres, LGBTs, saúde mental, idosos, aposentados, movimentos sociais em geral, as organizações médicas, dos profissionais de saúde, uma quantidade enorme de atores (Apêndice B - ENTREVISTA 07 e RAG/SAS, 2014 – Apêndice D).

Nessa etapa, surgem de fatores de interferência como a integração e articulação entre os atores, assim como também, a informação e conhecimento dos gestores que refletem na implementação dessas políticas de saúde nacionais (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA5).

O estudo de fatores de interferências da execução é realizado na elaboração da Portaria, mas de maneira geral pelo gestor federal sem especificidades de cada localidade. As Portarias são elaboradas de forma que se apliquem em todo o território nacional (Apêndice B - ENTREVISTA 3 e ENTREVISTA 4 e Apêndice C), cabendo ao gestor local operacionalizar, elaborando um plano de ação local (Apêndice B - ENTREVISTA 3 e ENTREVISTA4 e Apêndice C).

Com referência a compreensão avaliativa das causas do funcionamento ou não da política, o Gestor da Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da SAS/MS afirmou em entrevista, em 29 de junho de 2016, que uma das causas da dificuldade de avaliação dos efeitos das políticas é a fragmentação do financiamento que dificulta o controle da execução:

A estratégia de financiamento para implementação do SUS por um lado deu certo por outro trouxe problemas, porque ela é muito fragmentada, os repasses dos recursos financeiros são bem específicos, os incentivos são muito picotados e com regras específicas. Esses muitos detalhes dificultam o controle para execução e para a retroalimentação do planejamento (Apêndice B - ENTREVISTA7).

Com relação ao financiamento das Políticas que integram o Sistema Único de Saúde, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu no Artigo 198, §1º, que “será financiado com recursos do orçamento da seguridade social, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, além de outras fontes”.

As políticas públicas de saúde são financiadas com a arrecadação de receitas de impostos arrecadados pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios. Essas regras de financiamento são tão específicas e bastante fechadas em seu próprio

incentivo que acontecem situações que dificultam a gestão da qualificação de resultados (Apêndice B - ENTREVISTA7).

Por exemplo: em um hospital funcionam no mesmo prédio, em andares diferentes, a urgência e emergência, a maternidade e a saúde mental. O gestor federal repassa recursos para os estados e municípios por intermédio de Redes, então são repassados recursos para financiamento da Rede de Urgência e Emergência, Rede Cegonha, Rede de Atenção Psicossocial, o que acontece é que às vezes sobram recursos em uma determinada Rede e falta em outra. Os gestores não usam os recursos que estão sobrando em uma Rede na outra, por temerem o questionamento dos órgãos de controle, pois as legislações são bem específicas. Isso acaba gerando um problema. (Apêndice B - ENTREVISTA7).

Nesses exemplos citados, o gestor quis demonstrar que a fragmentação do financiamento da implementação prejudica a avaliação dos resultados, e ainda, a gestão da implementação da execução e a retroalimentação do que foi planejado. Não há uma visão gerencial da qualidade dos resultados da gestão e da implementação (Apêndice B - ENTREVISTA7 e Apêndice C).

As áreas técnicas do MS são responsáveis pelos Programas e elaboração das Portarias que irão nortear a implementação (ENTREVISTA7). E por meio de visitas aos gestores, as áreas técnicas realizam o acompanhamento da implementação e quando há suspeita de falhas no processo, a área técnica solicita ao DENASUS a verificação mais aprofundada dos fatos (ENTREVISTA2).

Na análise do sucesso da implementação realizada pela área técnica responsável pelos Programas, são utilizados como estratégia indicadores baseados em implantação, estrutura e manutenção, e em outros casos nos objetivos e metas alcançados (Apêndice B – ENTREVISTA1) e (Apêndice C).

Exemplo: o Ministério está com uma política de construir Unidades Básicas (UBS) pelo país, mais de 20.000 UBS, então tem uma política de fortalecer UBS. As metas são construir, equipar e colocar em funcionamento. O MS ajuda a construir, equipar e no custeio da UBS, quando começa a funcionar. Para a área técnica, o funcionamento dessas UBS são considerados como sucesso de implementação (Apêndice B - ENTREVISTA7). Outro exemplo: Chega à época do carnaval, o MS faz uma campanha e distribui um milhão de preservativos, se o MS repassou aos estados e municípios um milhão de preservativos são um indicador de sucesso (Entrevista7 Carlos Matus, 2016) (Apêndice B - ENTREVISTA 7). As áreas técnicas alimentam os sistemas de monitoramento e avaliação com indicadores de metas e objetivos alcançados, mas esses indicadores não refletem os resultados dessas ações na qualidade de vida da população. (Apêndice B - ENTREVISTA3, ENTREVISTA4 e ENTREVISTA7, Apêndice C e MELO, 2008, p.154).

Os cenários políticos e econômicos do país são variáveis definitivas na sustentação das Políticas Públicas de Saúde, no momento em que a falta de apoio

político enfraquece a estrutura financeira dos Programas que compõe a Política (Apêndice B - ENTREVISTA 7).

As avaliações efetuadas das políticas de saúde são respaldadas em informações e dados inseridos nos Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e'Car) pelas áreas técnicas que executam os Programas.

Os indicadores utilizados pela área técnica, corroborados com os resultados de auditorias informadas pelo DENASUS, são utilizados pela área técnica e gestão do Programa, para inclusão de informações nos sistemas de monitoramento e avaliação (Apêndice B – ENTREVISTA 2 e ENTREVISTA 4).

Na gestão da saúde, existem estados e municípios que contam com gestores capacitados para administrar os desafios políticos e técnicos, mas, ainda é acentuada a quantidade de gestores nos estados e municípios com despreparo para exercer o cargo de gestor da saúde (ENTREVISTA 7). E além do desafio técnico, existe, também, o desafio institucional, que é a fragmentação organizacional que afeta a integração do sistema.

3.2 Planejamento das Políticas de Saúde efetuado pelo Ministério da Saúde

Na expectativa de melhorar o desenvolvimento e manter a estabilidade econômica, integradas com políticas sociais e de investimentos em infraestrutura, o Brasil, nos últimos oito anos, priorizou centralizar esforços na busca por um planejamento que visasse não só a eficiência do gasto público, mas que almejasse alcançar a eficácia e efetividade das ações do governo, alicerçadas na Constituição Federal de 1988 (PPA 2012-2015 – Apêndice D).

Visando vencer desafios, no que se refere ao Sistema Único de Saúde (SUS), o planejamento tem sido cada vez mais consolidado como um importante instrumento para diminuir a improvisação e o desperdício de recursos públicos (MS, 2013).

Considerando o contexto social, político e econômico do país em que os recursos para a saúde são limitados, o planejamento passou a ser um instrumento fundamental na racionalização da organização, do monitoramento e da avaliação do SUS de forma sistêmica (MS, 2013).

No planejamento são registrados os objetivos e os recursos direcionados para alcance dos resultados (PPA 2012-2015 – Apêndice D) e (PNS 2012-2015 – Apêndice D).

Para a elaboração do planejamento das ações das Políticas de Saúde do SUS, o Ministério da Saúde, por meio de seus Departamentos, organiza a interlocução entre os atores governamentais, gestores estaduais e municipais e representantes da sociedade civil. Essa interlocução visa além de integrar, articular e alinhar o planejamento entre esses atores, respaldar as tomadas de decisão para os resultados desejados (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

Os gestores que monitoram os instrumentos de planejamento identificaram o alto grau de baixa capacidade técnica de compreensão dos principais Sistemas de Gestão do SUS (Apêndice B – ENTREVISTA 7). Existem, ainda, aspectos como heterogeneidade, desigualdades econômicas, sociais e políticas entre os estados e municípios, que contribuem para tornar mais complexa a implementação do planejamento (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

Com o intuito de viabilizar o planejamento, a Constituição Federal de 1988 estabeleceu instrumentos de planejamento para a gestão pública: o PPA, a LDO e a LOA (CF, 1988, Art. 165).

O PPA estabelece de forma regionalizada as diretrizes, objetivos e metas da Administração Pública Federal, conforme disposto no Art. 165, da CF/88. A LDO em consonância com o PPA estabelece metas e prioridades da Administração Pública Federal, e entre outros itens, orienta a LOA. A LOA por sua vez especifica os projetos e atividades, as despesas e investimentos da Administração direta e indireta com base na LDO (Manual Técnico de Orçamento 2016, p. 83), (CF, 1988, Art. 165) e (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

Para conseguir adaptar o planejamento à concepção do SUS, o Ministério da Saúde desenvolveu, ao longo dos anos, um progressivo e exaustivo estabelecimento de normas e regulamentos para operacionalizar o Sistema, focando na determinação de estratégias, prioridades e metas para o desenvolvimento de ações e serviços de saúde.

A consolidação do planejamento em saúde foi fortalecida após 2006 com a assinatura dos Pactos pela Vida em defesa do SUS e da Gestão. O Ministério elaborou o Sistema de Planejamento do SUS (PlanejaSUS). O PlanejaSUS estabeleceu três instrumentos: O Plano de Saúde (PS), a Programação Anual de Saúde (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG).

No âmbito do SUS, esses instrumentos são elaborados, primeiramente, pelos gestores estaduais e municipais que encaminham para as áreas técnicas

responsáveis pelos Programas, que em seguida conduzem os documentos à Secretaria de Atenção Básica (SAS), que analisa as informações confrontando com os objetivos das Políticas, para posteriormente autorizar a viabilização dos repasses financeiros para operacionalização das ações (Apêndice B – ENTREVISTA2, ENTREVISTA3, ENTREVISTA4 e ENTREVISTA7). A SAS encaminha à Secretaria Executiva o relatório desses instrumentos para que sejam monitorados e supervisionados (Apêndice B - ENTREVISTA7).

Apesar da assinatura dos Pactos entre gestores do SUS, é marcante a fragilidade da articulação no processo de elaboração, implementação e avaliação dos instrumentos de planejamento (Apêndice B – ENTREVISTA7).

A regulamentação da Lei nº 8.080/90, pelo Decreto nº 7.508, foi uma conquista para o SUS. Mas, alguns mecanismos previstos no Decreto, como o Contrato Organizativo de Ação Pública (COAPS), não conseguiram sucesso em suas adesões pelos gestores estaduais e municipais. Por meio desses COAPS, seriam efetuados os controles do planejamento, da gestão participativa, e das estratégias de avaliação das ações e serviços de saúde (Decreto nº 7.508 de 28 de junho de 2011).

Decorrente desse Decreto, o Ministério passou por alterações em sua estrutura, que acentuou ainda mais a fragmentação entre as áreas chaves para obtenção da integração dos instrumentos, que contribuem para tornar o planejamento efetivo. Diante da necessidade de articulação desses mecanismos de planejamento, o Ministério passou a incentivar o Planejamento Estratégico (PE) (MS, 2013).

O Ministério passou a estimular um modelo de gestão baseado em resultados, no qual o desafio está centrado na adoção de estratégias de planejamento, monitoramento e avaliação (MS, 2013).

Para desenvolver as estratégias de planejamento, o MS define o planejamento tático e operacional. O planejamento tático é decidido após a realização de oficinas transversais com as áreas técnicas do órgão para discussão e distribuição dos objetivos, no MS o responsável por essa atividade é o Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS/SE).

E quanto ao planejamento operacional, é atribuição das áreas técnicas/MS responsáveis pelos Programas que tratam da operacionalização das ações, ou seja,

da definição do modo em que serão realizadas as execuções (Apêndice B – ENTREVISTA) e (MS, 2013).

As áreas técnicas analisam os objetivos e os fatores de interferência, e elaboram suas propostas de planejamento e orçamento, utilizam o monitoramento e auditoria para prevenção, acompanhamento, correção dos desvios ocorridos na fase da implementação para e avaliação, a fim de retroalimentar o planejamento estratégico do Ministério (Apêndice B – ENTREVISTA2, ENTREVISTA3 e ENTREVISTA 4 e RAG/SAS, 2014 – Apêndice D).

3.3 Monitoramento e Avaliação das Políticas de Saúde Realizada pelo Ministério da Saúde

Esse tópico foi formulado com base no documento elaborado pelo Ministério da Saúde, referente ao Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015 (MS, 2013), que consta de uma entrevista com a técnica do Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS) do SUS, e ainda o Coordenador Geral de Planejamento e Orçamento (CGPO) do Ministério da Saúde.

Como estratégia de planejamento e de uma visão mais sistêmica a fim de permitir uma atuação consciente no processo de implementação de políticas e programas, o Ministério da Saúde investiu em uma mudança de cenário no desempenho das funções do Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS (DEMAS), que passou a compor a Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (SE/MS - Apêndice B - ENTREVISTA1).

A principal função desse Departamento, DEMAS, é a harmonização entre os instrumentos de planejamento e gestão, centralizando esforços no aperfeiçoamento de alocação dos recursos disponíveis.

A gestão priorizou o alinhamento estratégico entre o Plano Plurianual (PPA), Plano Nacional de Saúde (PNS) e Programação Anual de Saúde (PAS) e procurou utilizar como ferramenta o planejamento, monitoramento e avaliação para proporcionar mais transparência às ações produzidas e os fatos ocorridos na implementação das ações, buscando maximizar a eficiência e eficácia (MS, 2013, p.5) e (Apêndice B - ENTREVISTA1) e (Apêndice C).

Ainda, com o intuito de incentivar o processo de planejamento como estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), o Ministério da Saúde tem procurado incentivar um modelo de gestão voltado para resultados, mas para isso é necessário

a consolidação da utilização dos instrumentos de planejamento, monitoramento e avaliação para dar sustentação às tomadas de decisões (MS, 2013, p.9), (Apêndice B - ENTREVISTA1) e (Apêndice C).

Para elaboração do planejamento estratégico, o DEMAS realizou oficinas transversais com representantes de todas as secretarias (MS, 2013, p.9), (Apêndice B - ENTREVISTA1) e (Apêndice C).

O planejamento estratégico é composto pelo planejamento das áreas técnicas e das secretarias do MS. As áreas técnicas alimentam o sistema de monitoramento e avaliação. O sistema é alimentado com os dados quantitativos e com dados qualitativos (*e-Car*) (Apêndice B - ENTREVISTA1) e (Apêndice C). Esses dados e informações são utilizados para elaboração do planejamento estratégico do MS (Apêndice B - ENTREVISTA1) e (Apêndice C).

O Ministério da Saúde adotou o Planejamento Estratégico Situacional (PES) que é uma metodologia de Planejamento Estratégico Público, que prioriza os problemas públicos e foca nos jogos políticos, econômico e social (MS, 2013, p.13).

Nesse modelo, é considerado o sistema social, e não apenas a análise econômica para seleção dos problemas públicos, que comporão o plano (MS, 2013, p.13), (Apêndice B - ENTREVISTA1 e Apêndice C).

Segundo o Planejamento Estratégico do MS 2011-2015, a seleção das prioridades dos problemas é realizada: por meio da análise situacional, que após a participação de atores como técnicos do órgão representantes da gestão da saúde, se consolidam em um plano de ação corroborado politicamente (MS, 2013, p.13), (Apêndice B - ENTREVISTA1 e Apêndice C).

O Planejamento Estratégico do MS 2011-2015 mencionava quatro etapas em que está constituído o Planejamento Estratégico Situacional (PES): Momento explicativo; Momento normativo; Momento estratégico; e Momento tático-operacional (MS, 2013, p.13).

No desenvolvimento do processo, são realizadas revisões com a finalidade de proporcionar o *feedback* aos atores envolvidos e possibilitar as alterações nas mudanças de rumos ocorridos na implementação (MS, 2013, p.14).

Após reuniões e debates, foi consolidado o Planejamento Estratégico “...que expressava as prioridades de gestão, cujas políticas e compromissos seriam acompanhadas e geridos ao longo de sua execução...” (MS, 2013, p.14).

O DEMAS faria o monitoramento da operacionalização do planejamento executado pelas áreas técnicas, respaldado nos planos de ação definidos pelos gestores (MS, 2013, p.14).

Foram designados os responsáveis pelas ações que teriam a função de apontar os problemas e alternativas adequadas para solução (MS, 2013, p. 15). Outras estratégias foram adotadas para a operacionalização do planejamento e monitoramento das ações (MS, 2013, p. 15).

Em seguida, no ano de 2012, o DEMAS deu continuidade ao processo de planejamento, aprimorando a revisão do plano estratégico realizando as “oficinas do planejamento organizadas por Objetivos Estratégicos” (MS, 2013, p. 15).

Isso proporcionou mais integração entre as secretarias e entidades vinculadas. O produto dessa oficina foi a revisão dos planos melhor elaborada e estruturada e uma diminuição dos itens a serem monitorados (MS, 2013, p. 15).

As áreas técnicas do MS foram incumbidas de proceder ao detalhamento operacional dos planos de ação, o levantamento de indicadores e metas quantitativas e como alimentar a ferramenta de monitoramento adotada pelo MS (MS, 2013, p. 18).

Desse processo de debates e estabelecimento de prioridades, resultou o Plano Nacional de Saúde (PNS), coerente com o estabelecido no Plano Plurianual (PPA) do governo federal, especificadas pela Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO) e operacionalizadas pela Lei Orçamentária Anual (LOA) (MS, 2013, p. 18) e (BARROS, 2012, p.15).

O Plano estratégico do MS é monitorado durante o ano com a participação de técnicos atuantes nos Programas. Esse monitoramento permite a identificação de dificuldades na execução do plano, realizando o acompanhamento, ajustes de desvios e auxiliando na tomada de decisão. O espaço de monitoramento tem a intenção de gerar integração entre os gestores (MS, 2013, p. 27).

A sistemática de monitoramento foi sendo aperfeiçoada a cada ano entre o período de 2011-2015, proporcionando monitoramentos de ações semanais, mensais, trimestrais que retroalimentavam o planejamento estratégico (MS, 2013, p. 34).

No sentido de buscar a inovação o Ministério adotou um acompanhamento dos resultados, esse acompanhamento era para facilitar a realização de ações preventivas e não só corretivas, para isso escolheu “um instrumento gerencial

próprio para planejamento das ações de governo, desenvolvido pelo Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO)” (MS, 2013, p. 27) e (Apêndice B - ENTREVISTA1).

A área técnica deveria registrar o controle, acompanhamento e avaliação no sistema *e-Car* com informações e dados quantitativos e qualitativos, para subsidiar a tomada de decisão. Nessa ferramenta, eram incluídos registros de avaliação de indicadores de metas físicas e metas alcançadas. Contendo, também, as análises subjetivas dos responsáveis pelas ações (MS, 2013, p. 28), (Apêndice B - ENTREVISTA1, ENTREVISTA3 e ENTREVISTA4).

O campo para as análises subjetivas ou avaliações tinha como finalidade detectar as causas dos problemas para implementação do que foi planejado para a consolidação da política (MS, 2013, p. 28), (Apêndice B - ENTREVISTA1 e Apêndice C).

O DEMAS atribuiu a responsabilidade às áreas técnicas de registrar no sistema a avaliação das ações e serviços (Apêndice B - ENTREVISTA3), (ENTREVISTA4) e (Apêndice C), a fim de que essas informações contribuíssem com subsídios para as avaliações de eficiência, eficácia e efetividade das Políticas Públicas de Saúde e qualificação das tomadas de decisão pelos gestores do Ministério da Saúde.

3.4 Auditoria realizada pelo DENASUS

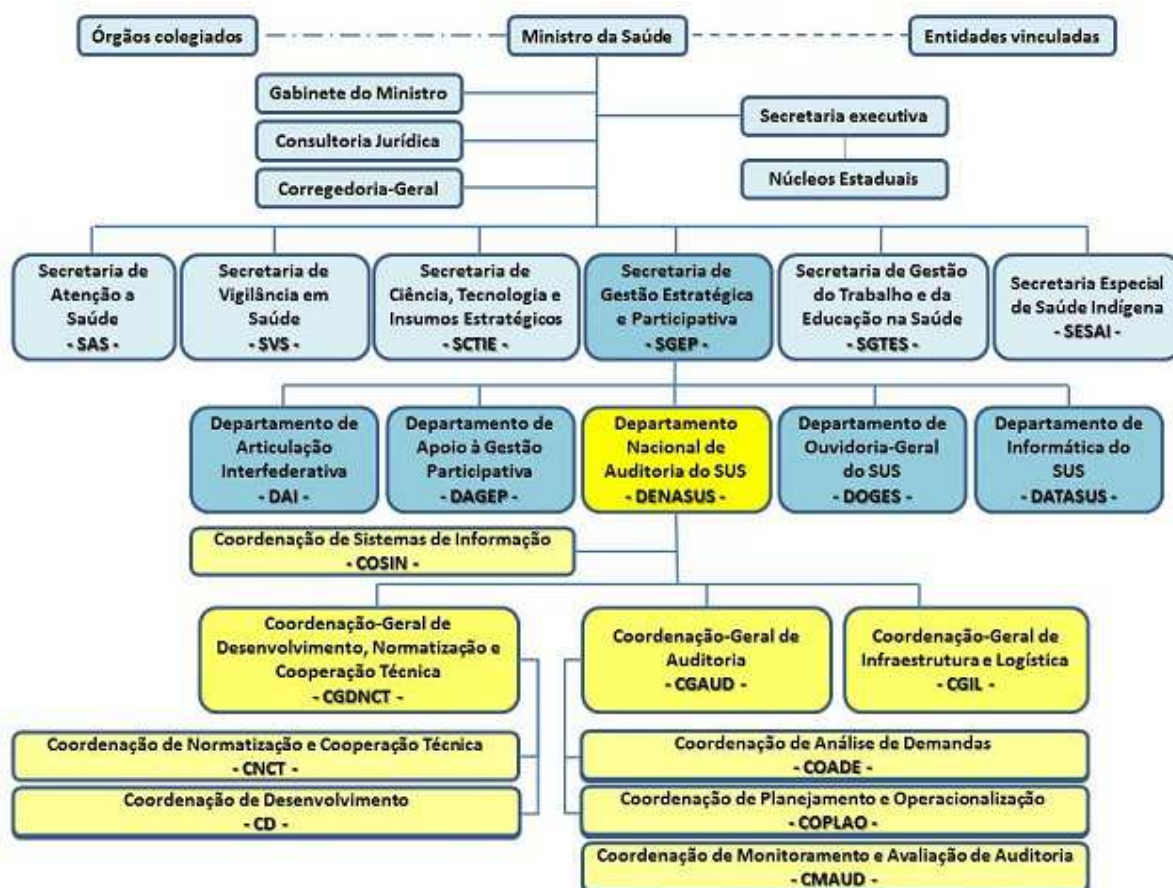
O Departamento Nacional de Auditoria do SUS - DENASUS é o componente federal do Sistema Nacional de Auditoria (SNA), conforme estabelecido no Decreto nº 1.651/1995, que regulamenta o Sistema Nacional de Auditoria, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, e têm suas competências definidas no Artigo nº 37, do Decreto nº 8.065/2013.

O DENASUS desenvolve seus trabalhos de auditoria do Sistema Único de Saúde (SUS) com uma capacidade técnica de 748 servidores, lotados nos 27 estados, os quais são denominados Serviços de Auditoria (SEAUD) e Divisão de Auditoria (DIAUD), e na Unidade Central no Distrito Federal (RAA/DENASUS, 2015- Apêndice D).

Esse Departamento é integrante da estrutura da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP) do Ministério da Saúde (MS) e exerce atividades de auditoria e fiscalização no âmbito do SUS.

Figura 3.3

Organograma DENASUS



Fonte: Portal SNA - <http://sna.saude.gov.br/organograma.cfm>

O DENASUS executa atividades de auditoria, visita técnica e cooperação técnica. Com relação às atividades de Visita Técnica, são atividades utilizadas para formulação de diagnóstico e as atividades de Cooperação Técnica para fortalecimento do SNA, conforme disposto nos incisos I e V, do Art. 37, do Decreto nº 8.065/2013 (RAA, 2015 – Apêndice D).

Quanto às auditorias executadas pelo Departamento, são verificações apoiadas em técnicas apropriadas, que sustentam as constatações e evidências encontradas em conformidade com as normas e Leis vigentes e seus resultados

possibilitam avaliar a necessidade de ações corretivas (Apêndice B – ENTREVISTA 3, ENTREVISTA4, ENTREVISTA6 e ENTREVISTA7) e (Apêndice C).

As auditorias realizadas e registradas em relatórios contêm informações respaldadas em fatos comprovados em documentos e verificações *in loco* (no local) (BRASIL, 2011, p.15).

As auditorias efetuadas pelo DENASUS são auditorias de controle interno que tem como função apontar desvios de execução de padrões determinados pelos gestores dos Programas e Políticas de Saúde (Apêndice B – ENTREVISTA 5 e ENTREVISTA6) e (Apêndice C).

As ações de controle realizadas pelo Departamento são apurações de compatibilização da conformidade entre as legislações pertinentes e vigentes relativas ao setor público, com os fatos encontrados (Apêndice B – ENTREVISTA 5 e ENTREVISTA6). Essas informações são analisadas e reunidas em relatórios de auditoria, que é o documento oficial encaminhado aos demandantes (BRASIL, 2011).

As demandas de auditorias podem ser por meio de denúncias realizadas pelos cidadãos e órgãos de controle interno e externo, como também, definidas na Programação Anual de Atividades (PAA) (BRASIL, 2011, p.8), (Apêndice B – ENTREVISTA 5 e 6) e (PAA, 2015 – Apêndice D).

Após o encerramento do “Relatório Final”, ele é encaminhado às áreas competentes, internas e externas, para conhecimento e providências cabíveis (Portaria GM/MS nº 743 de 18 de abril de 2012 e BRASIL, 2011, p.29).

Quanto aos casos que envolvem recursos financeiros do SUS repassados nas modalidades fundo a fundo e convênios ou instrumento congênere, identificados como irregularidades, desvios ou não aplicação de recursos, serão analisados conforme os fatos constatados e as legislações pertinentes e vigentes, e posteriormente encaminhados aos órgãos competentes para as devidas providências (MS, 2014, p.11).

Com referência as auditorias contidas no planejamento do Departamento, elas são resultado de reuniões com as áreas técnicas do MS e técnicos do DENASUS designados para essa tarefa, ou ainda, ações continuadas estipuladas em Leis e Portarias (PAA, 2015 - Apêndice D), (BRASIL, 2011, p.19), (Apêndice B - ENTREVISTA4) e (Apêndice C). Quando são produtos de planejamento com as áreas técnicas, elas são em decorrência da necessidade de maiores detalhamentos

de fatos detectados pelo monitoramento da coordenação do Programa, e podem ser auditorias preventivas, corretivas e de acompanhamento (BRASIL, 2011, p. 16) e (Apêndice B - ENTREVISTA4 e ENTREVISTA5) e (Apêndice C).

Essas auditorias têm como finalidade fornecer às áreas técnicas do MS informações claras, precisas e fidedignas a respeito dos fatos apurados (BRASIL, 2011, p. 15).

É relevante ressaltar que as auditorias resultantes de reunião com as áreas técnicas são relativas às atividades constantes na agenda do MS (PAA, 2015 – Apêndice D).

Os Programas que estão contidos na agenda do MS servem de parâmetros para a elaboração do Plano Anual de Atividades (PAA) do DENASUS. No ano de 2015, o PAA previu a realização de 1.294 atividades de controle. Deu início a realização de 1.289 e foram encerradas 826 atividades, aquelas atividades que não foram encerradas permaneceram em execução em 2016 (PAA, 2015 – Apêndice D).

Nesse total previsto constante no PAA, as ações tidas como prioritárias foram: Programa Farmácia Popular do Brasil, no Relatório de Gestão (RAG), no Serviço de Atendimento Médico de Urgência – SAMU 192, Rede Cegonha e Plano Estadual de Atenção Oncológica.

Em 2015, foram executadas 282 auditorias na Farmácia Popular, 65 auditorias no RAG, 86 auditorias no SAMU 192, 56 auditorias na Rede Cegonha. As atividades do Plano Estadual de Atenção Oncológica tiveram sua execução adiada. E o restante de auditorias que formam o total realizado é referente a outros objetos auditados (PAA, 2015 – Apêndice D).

Os coordenadores de ações nacionais de auditoria juntamente com a sua equipe constroem relatórios com resultados obtidos a partir de indicadores pré-estabelecidos nos Protocolos.

Por meio desses relatórios, o SNA, conforme disposto no item II, do Art. 2º, do Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995, deverão fornecer informações sobre as ações e serviços de saúde, que permitam ao gestor avaliar a estrutura, os processos aplicados e os resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade das ações e serviços desenvolvidos no âmbito do SUS.

Para que o DENASUS, unidade Central do SNA, pudesse viabilizar o cumprimento de suas atribuições, ele foi estruturado com três coordenações:

Coordenação-Geral de Auditoria (CGAUD), Coordenação-Geral de Desenvolvimento, Normatização e Cooperação Técnica (CGDNCT) e Coordenação-Geral de Infraestrutura e Logística (CGIL).

A CGAUD é responsável pela análise das demandas, planejamento, operacionalização, monitoramento e avaliação das auditorias. A CGDNCT é responsável pela normatização e cooperação técnica e desenvolvimento. E a CGIL responsável pela infraestrutura e logística (Portal SNA - <http://sna.saude.gov.br/organograma.cfm>).

Em entrevista realizada com o Coordenador-Geral de Auditoria (CGAUD), em exercício, no dia 24 de junho de 2016, ele informou que a Coordenação de Monitoramento e Avaliação (CMAUD) contida na estrutura, apenas monitora as atividades de auditoria, e que esse acompanhamento é referente aos prazos a serem obedecidos para cumprimento das metas estabelecidas em portaria para serem atingidas pelo Departamento (Apêndice B – ENTREVISTA 8 CGAUD/DENASUS/SGEP/MS).

E quanto à avaliação, ela é em relação ao quantitativo de auditorias programadas, realizadas, encerradas, canceladas e não realizadas, assim como, dos motivos de devoluções de relatórios de auditorias às equipes de auditorias que operam nos estados e municípios, isso quer dizer que o monitoramento e a avaliação realizados pelo departamento é em relação à estrutura do relatório, do cumprimento dos prazos estabelecidos, dos respaldos legais pertinentes e vigentes, e do cumprimento dos preceitos legais para o encerramento da auditoria (Entrevista com o Coordenador da CGAUD, em 24 de junho de 2016).

Conforme o Coordenador afirmou, esse tipo de monitoramento e avaliação é necessário para manter a qualidade dos resultados dos relatórios, atendimento de metas e fornecimento de informações para a elaboração do Relatório Anual de Gestão (RAG) do Departamento (Apêndice B - ENTREVISTA8 CGAUD/DENASUS/SGEP/MS).

3.5 Gestão da Saúde

Nos anos 1990, no sentido de proporcionar mais estabilidade e recuperação a deterioração dos serviços públicos ofertados à população, a reforma do Estado passou a ser indispensável para estabilizar e sustentar a economia. Essa reforma

tinha como foco uma administração pública mais eficiente e direcionada ao desenvolvimento da cidadania (PEREIRA, 1998, p.79).

E para atingir suas finalidades, o Governo Federal criou as funções de Governo, que dividem as ações governamentais em diversas funções. Essas funções de Governo são: saúde, educação e segurança (PEREIRA, 1998). Para viabilizar o desenvolvimento dessas funções elas são divididas em programas de governo no Orçamento Geral da União. Em seguida, esses programas são discriminados em ações, que serão desenvolvidos com a finalidade de atingir objetivos e metas estipuladas (PDR, 1995, 65).

O ponto principal seria alcançar uma administração pública mais eficiente, voltada para resultados de melhores serviços prestados ao cidadão (PDR, 1995, p.7 – Apêndice D).

Com referência à saúde, a Constituição Federal de 1988 dispõe que a gestão do SUS será descentralizada, e os estados e municípios passaram a assumir responsabilidades e prerrogativas diante do SUS, os quais devem desenvolver ações de promoção e prevenção da saúde. Cabe aos estados e municípios a execução das políticas de saúde (Lei nº 8.080, 1990, Art.17 e 18).

Nesse contexto, a função do Ministério da Saúde é de gestor federal representante da União, que tem como prerrogativa oferecer recursos para melhorar as condições de saúde da população.

O Ministério se dedica em organizar e coordenar a formulação das políticas de saúde, viabilizar a execução por meio de normas e Portarias que regulamentem a implementação da política, bem como realizar repasses financeiros para dar suporte a consolidação das ações.

Outra função é coordenar nacionalmente as ações de planejamento, orçamento, monitoramento e avaliação dos resultados obtidos (Lei nº 8.080, 1990, Art.16) e (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA5).

Firmado na concepção democrática de gestão do SUS, o Ministério empreende esforços no sentido de elaborar suas políticas com a participação de diversos representantes da sociedade civil, organizações públicas e privadas (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

A Gestão da Saúde é baseada, principalmente, pela participação e desempenho dos gestores estaduais e municipais, e do financiamento do Sistema (Apêndice B – ENTREVISTA7).

Para a formulação das Políticas o Ministério da Saúde conta com uma diversidade de atores, conforme afirma o Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde, em 29 de junho de 2016, nomeado para o cargo em abril de 2015:

“Atores Governamentais, gestores estaduais, municipais, Casa Civil, órgãos de controle, sociedade civil, grupos representantes de mulheres, grupos repres. LGBTs, grupos de saúde mental, grupos rep. De idosos, aposentados, movimento sociais em geral, e as organizações médicas, as organizações das profissões de saúde, tem uma miríade de atores” (Apêndice B – ENTREVISTA7).

CAPÍTULO 4 – CASOS ESTUDADOS

Com a finalidade de corroborar as informações pesquisadas em documentos e entrevistas junto aos gestores das áreas da Coordenação-Geral, Planejamento e Orçamento(CGPO) da SAS/MS, do Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMÁS)/SE/MS e o Departamento Nacional de Auditoria do SUS (DENASUS)/SGEP/MS, foram investigados o processo de implementação, monitoramento e avaliação de dois Programas de relevância para a sociedade, relativos à Rede Cegonha e Rede de Atenção à Urgência e Emergência com foco no SAMU 192.

4.1 Programa da Rede Cegonha

4.1.1 Contexto da Rede Cegonha

Com relação à Rede Cegonha, foi elaborada pelo Ministério da Saúde a Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

A Rede Cegonha é a reunião de estratégias com a finalidade de proporcionar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável (Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de 2011, Art.1º).

A sistematização dessa rede tem como finalidade preservar o direito de acesso, acolhimento e resolubilidade, buscando reduzir a mortalidade materna, fetal e infantil, enfatizando o componente neonatal, desencadeando em ações visando assegurar a linha de cuidado com base na atenção básica até a alta complexidade (Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de 2011, Art.6º).

A Rede Cegonha tem como diretrizes:

- I- garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;
- II- garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;
- III- garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;
- IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e
- V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (Portaria GM/MS nº 1459, de 24 de junho de 2011, Art.4º).

Segundo o Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde 2011-2015, a Rede Cegonha contou com a adesão de todos os estados brasileiros e

aproximadamente 5 mil municípios aderiram ao Programa (MS, 2013,p.50). E consta no Relatório Anual de Gestão (RAG) 2014 que:

Até o presente momento, realizaram a adesão aos componentes da atenção básica 5.488 municípios, abrangendo aproximadamente 2.586.148 mulheres no país. A adesão regional da RC alcançou 223 regiões de saúde (51% das CIR). Até o momento, todos os estados e 98% dos municípios brasileiros aderiram à Rede Cegonha, e vêm qualificando a atenção ao pré-natal, ao parto e nascimento e ao puerpério, compromisso dos gestores presentes em seus Planos de Ação Regionais (PAR-RC) (RAG, 2014, p.343).

O Relatório Anual de Gestão (RAG) de 2014 da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) registrou que “O plano orçamentário da Rede Cegonha (8585 PO 0004), teve uma dotação final de R\$ 839.630.191,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 835.986.079,00, representando 99,57% do total disponibilizado” (RAG/SAS, 2014, p.260- Apêndice D).

Segundo o RAG 2014, com relação às responsabilidades da área técnica da Rede Cegonha integrante da SAS/MS:

6.2.2.2.1 REDE CEGONHA

A área técnica é responsável, juntamente com coordenações estaduais e municipais de saúde da mulher, pela implementação das ações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004). De modo geral, essas ações estão relacionadas ao enfrentamento da violência contra a mulher, ao planejamento reprodutivo, à assistência ao climatério, à assistência às mulheres negras, às mulheres do campo e da floresta, à população de Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais (LGBT), ao pré-natal humanizado e de qualidade, à qualidade de atenção ao parto e nascimento, ao incentivo ao parto natural e à redução do número de cesáreas desnecessárias, à redução da mortalidade materna e controle do câncer de colo e de mama. (RAG, 2014, p.342).

Com relação à implementação, consta no RAG 2014, que a ação de Apoio à implementação da Rede Cegonha (20R4), teve uma dotação orçamentária final de R\$ 160.056.400,00, cuja despesa empenhada foi de R\$ 118.992.802, representando 74,34% do total disponibilizado. Considera-se também que a meta física programada foi realizada em 94,18% (RAG, 2014, p.342 – Apêndice D).

Visando colaborar para a implantação da Rede Cegonha no Brasil, com a finalidade de reduzir a mortalidade materna e infantil no país, o Ministério da Saúde firmou Termos de Cooperação com o Instituto Nacional de Saúde da Mulher, Criança e Adolescente Fernandes Figueira – IFF (RAG, 2014, p. 349). Essa cooperação entre o MS e IFF permitiu a atuação do COLETIVO DE APOIADORES

institucionais em rede. Conforme registros dos RAG 2014 eles são distribuídos da seguinte forma:

...sendo 34 apoiadores institucionais de maternidades, inseridos no cotidiano do processo de trabalho constituindo alinhamentos conceituais, teóricos e metodológicos para a construção de Plano de Ação Local (da maternidade) e acompanhamento avaliativo, considerando as diretrizes da RC; 21 apoiadores institucionais temáticos, atuando no âmbito estadual para articulação e desenvolvimento de ações de implementação da Rede Cegonha nas regiões de saúde, com vistas à organização do Plano de Ação Regional (PAR) e auxiliando na construção do plano de trabalho do(a) apoiador(a) institucional de maternidade ofertando espaços de supervisão deste plano; e 17 apoiadores institucionais matriciais, assessorando o coletivo de Apoio Institucional com oferta de conhecimentos clínico-político-metodológicos que auxiliam o fortalecimento da capacidade de análise e intervenção, atuando na interlocução com apoiadores(as) institucionais temáticos(as) e de maternidade e com os serviços/coletivos.(RAG, 2014, p.349).

O Relatório de Gestão de 2014 demonstra que o principal objetivo das ações do Ministério da Saúde, voltadas para Rede Cegonha, tem foco em “Promover atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementar a Rede Cegonha, com especial atenção às áreas e populações de maior vulnerabilidade” (RAG, 2014, p.341 – Apêndice D).

O objetivo de implementação da Rede Cegonha exige da área técnica do Ministério dispor de informações confiáveis para alimentar o monitoramento e avaliação contínua do planejamento estratégico (Apêndice B - ENTREVISTA7) e (RAG, 2014, p. 354 – Apêndice D).

4.1.2 Gerenciamento da Rede Cegonha

A política da Rede Cegonha (RC) foi definida pelo Governo Federal e o Ministério da Saúde (MS) foi encarregado de desenvolvê-la. O financiamento dessa política foi previsto no orçamento federal com receita de arrecadação de impostos pela União, estados e municípios (Apêndice B – ENTREVISTA 4).

A Rede Cegonha foi considerada pelo governo federal de grande interesse para a sociedade, por se tratar da garantia dos direitos humanizados às mulheres e às crianças (Apêndice B – ENTREVISTA 4).

O Ministério da Saúde encarregou a Secretaria Executiva/SE e a Secretaria de Atenção à Saúde/SAS pela coordenação, organização, formulação da política, planejamento, orçamento e estratégias táticas.

Para isso, essas Secretarias contaram com a participação de diversos gestores e técnicos atuantes na saúde como o próprio Ministro da Saúde, assessores do ministro, da Vigilância em Saúde, Comissões Intergestoras Regionais (CIB e CIS) e a área técnica do MS (Apêndice B - ENTREVISTA 4) e (Apêndice C).

A Política da RC consta como prioritária na agenda do governo e da saúde desde 2011, e foi corroborada no PPA 2012-2015 e também no PPA 2016-2019 (Apêndice B - ENTREVISTA4) e (Apêndice C).

Para a elaboração dos objetivos da política, foram reunidos atores das instâncias estaduais e municipais - Comissão Intergestora Bipartite (CIB), Comissão Intergestora Tripartite (CIT) e Comissão Intergestora Regional (CIR), os técnicos do Ministério da Saúde, e ainda, os atores estratégicos que são: os coordenadores de à saúde, de atenção às mulheres, crianças, adolescentes e a saúde do homem.

Foi considerada, também, a questão hospitalar de atenção básica. Ressalta-se, aqui, que apesar da diversidade de atores não houve registro de fatores conflitantes entre os participantes.

E com base na Portaria GM/MS nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), elaborou-se a política da Rede Cegonha, que foi normatizada e regulamentada pela Portaria GM/MS nº 1.459, em 24 de junho de 2011. Nessa Portaria, constam as fases operacionais de implementação e a governança dessa Rede (Portaria GM/MS nº 4.279/2010), (Portaria GM/MS nº 1.459/2011) e (Apêndice B - ENTREVISTA4).

Ao elaborar a Portaria GM/MS nº 1.459, referente à implementação e governança, foram estudados fatores de interferências ambientais e estruturais, bem como as externalidades positivas e negativas, conforme informações obtidas em entrevista com os gestores e técnicos atuantes no gerenciamento e área técnica da Rede Cegonha (Apêndice B - ENTREVISTA4) e (Apêndice C).

A partir dessas informações, foi elaborado o planejamento de operacionalização das ações juntamente com os gestores estaduais, municipais, os técnicos do Ministério da Saúde e os representantes de áreas estratégicas com relação ao assunto (Apêndice B - ENTREVISTA4).

Para implementação do Programa, a gestão dividiu as coordenações em 5 eixos. O Grupo encarregado pelo eixo faz uma matriz com ações para realização em 1 ou 2 anos, com objetivos e ações. O acompanhamento dessas ações é distribuído

pelos técnicos atuantes na coordenação. Nos estados e municípios os gestores da saúde nomeiam pessoas responsáveis por essa atividade.

Com relação às fases operacionais de implementação e a governança da Rede Cegonha, em 2011 foram iniciadas as ações de monitoramento e avaliação.

Então, foram realizadas reuniões quinzenais no Gabinete do Ministro para discutir as ações prioritárias, as metas a serem alcançadas e as ações realizadas. E a partir de 2012 foram introduzidas a essas reuniões de monitoramento e avaliação os resultados das auditorias (Apêndice B - ENTREVISTA4).

Outro fator importante no monitoramento foi que o Ministro da Saúde à época se reunia quinzenalmente com a área técnica e os assessores tinham um acompanhamento sistemático. A Casa Civil e a Presidência da República acompanhavam mensalmente essa agenda, com indicadores muito precisos e concretos (Apêndice B - ENTREVISTA4).

O monitoramento das ações da Rede Cegonha era realizado amplamente pelo Ministério da Saúde (Apêndice B - ENTREVISTA4), (Apêndice C) e (CAD. PLANEJASUS, 2010, p.13). E para atingir esse objetivo foi designado em portaria, um grupo executivo da RC do MS, composto pelas áreas técnicas da Saúde da mulher, criança, homem, atenção básica, atenção hospitalar e vigilância em saúde. Esse grupo realizava reuniões semanalmente com uma equipe de monitoramento e avaliação da SAS (Apêndice B - ENTREVISTA4 e Apêndice C).

Considerando a importância política do Programa, a SAS também priorizava a RC em sua agenda (Apêndice B - ENTREVISTA4 e Apêndice C).

Para o monitoramento sistemático das ações e serviços desenvolvidos pela RC, foram definidos indicadores de acompanhamento que era integrado e articulado entre as instâncias do MS e do Governo Federal (Apêndice B - ENTREVISTA4) e (Apêndice C). Esse monitoramento é realizado pela gestão da RC, juntamente com a área técnica, que acompanha desde o cumprimento da formulação de instrumentos de planejamento, que deverão ser elaborados pelos estados e municípios, instrumentos como: o Plano de Saúde (PS), a Programação Anual (PAS) e o Relatório Anual de Gestão (RAG), como monitora a execução das ações por meio de documentos e interlocuções com os gestores de saúde locais.

Essas informações são analisadas pelo gerenciamento do Programa com base em indicadores de metas a serem alcançadas e ações do Programa,

posteriormente são consolidadas e incluídas no Sistema de monitoramento e avaliação do DEMAS (Apêndice B - ENTREVISTA4).

As informações inseridas no Sistema de monitoramento e avaliação do DEMAS são utilizadas pelos gestores responsáveis pelo monitoramento e avaliação das estratégias de implementação das políticas de saúde para análise do Planejamento Estratégico Situacional do Ministério da Saúde (Apêndice B – ENTREVISTA 1). Essas informações são utilizadas, também, pela CGPO/SAS para avaliação das Políticas Públicas de Saúde e posteriores estudos de alocações orçamentárias e repasses financeiros (Apêndice B – ENTREVISTA 7).

Com o intuito de cumprir com a tarefa de avaliar o Programa, a área técnica utiliza indicadores de alcance das metas, e para isso recorre a informações disponibilizadas pelos gestores estaduais e municipais, e aos relatórios de auditorias encaminhados pelo DENASUS (Apêndice B – ENTREVISTA2 e ENTREVISTA 4).

Assim como são inseridas no sistema, essas informações serão o alicerce para a elaboração do planejamento das ações que nortearão o Programa no próximo período. E para a elaboração do planejamento a gestão do programa reúne todos os técnicos das coordenações, e diante de algumas limitações técnicas contrata especialistas para orientação dos trabalhos a serem executados (Apêndice B – ENTREVISTA2 e ENTREVISTA 4).

As ações referentes ao planejamento estratégico das ações que serão implementadas nos estados e municípios, além da participação dos técnicos do Programa que monitoram cada estado, contam, ainda, com a participação de representantes da gestão da saúde desses locais e atores estratégicos de cada área específica (Apêndice B – ENTREVISTA2 e ENTREVISTA 4) e (Apêndice C).

O Ministério distribui os objetivos entre as suas áreas técnicas e depois a gestão dos programas escolhe as ações e os meios para realizar os objetivos, de forma democrática respeitando os preceitos do SUS (Apêndice B - ENTREVISTA1, ENTREVISTA2, ENTREVISTA4 e ENTREVISTA7) e (Apêndice C).

Ao realizar o monitoramento sistemático das ações e detectar a necessidade de informações mais aprofundadas sobre o assunto, a área técnica solicita a auditoria interna do Ministério, isto é, ao DENASUS a realização do controle e apuração dos fatos (Apêndice B - ENTREVISTA2 e ENTREVISTA4) e (Apêndice C).

As auditorias solicitadas ao DENASUS sobre a Rede Cegonha têm suas origens em demandas de apuração de denúncias ou solicitações de atividades de

prevenção, acompanhamento e correção efetuadas pela gestão do programa (Apêndice B - ENTREVISTA2, ENTREVISTA4 e ENTREVISTA 5) e (Apêndice C).

Após a realização das auditorias solicitadas, o DENASUS encaminha o Relatório Final da ação para conhecimento da área técnica e da gestão do Programa (Apêndice B – ENTREVISTA 5).

Esses relatórios de auditoria contêm informações sobre a utilização dos recursos humanos e financeiros disponibilizados para o desenvolvimento do Programa compatibilizados com as normas vigentes sobre o assunto. Quanto a demandas específicas de denúncias são apuradas a veracidade dos fatos relatados, por meio de documentos e verificações *in loco* e encaminhadas as análise e resultados conforme determinam os dispositivos legais.

As ações de auditoria decorrentes de Protocolos elaborados entre o DENASUS e a área técnica da Rede Cegonha obedecem ao que foi estipulado no Protocolo e seus resultados são consolidados e encaminhados à área técnica e gestão da Rede Cegonha (Apêndice B – ENTREVISTA 5).

4.2 Programa do SAMU 192

4.2.1 Contexto da Rede de Urgência e Emergência com foco no SAMU 192

O Ministério da Saúde, considerando as principais causas de mortes no Brasil, nas regiões metropolitanas, na faixa etária de 15 a 49 anos, e o alto nível de incapacidade física permanente ou temporária, que geravam perdas econômicas, previdenciárias e altos custos nos tratamentos de complicações na saúde de pessoas acometidas de acidentes, envenenamentos e violências, perante o diagnóstico de que boa parte das complicações poderia ser evitada se os atendimentos na fase aguda fossem apropriados, resolveu desenvolver mecanismos de incentivo para implantação de Sistemas Estaduais de Referência Hospitalar para Atendimento a Urgência e Emergência (MS, 2001, p. 5).

O Ministério da Saúde estabeleceu, ainda, na Portaria GM/MS nº 2.048, em 5 de novembro de 2002, e no Art. 1º, na forma de seu Apêndice, o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência nos parágrafos 1º e 2º:

§1º os princípios e diretrizes dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, as normas e critérios de funcionamento, classificação e cadastramento de serviços e envolve temas como a elaboração dos Planos

Estaduais de Atendimento às Urgências e Emergências, Regulação Médica das Urgências e Emergências, atendimento pré-hospitalar, atendimento pré-hospitalar móvel, atendimento hospitalar, transporte inter-hospitalar e ainda a criação de Núcleos de Educação em Urgências e proposição de grades curriculares para capacitação de recursos humanos da área;

§2º Este Regulamento é de caráter nacional devendo ser utilizado pelas Secretarias de Saúde dos estados, do Distrito Federal e dos municípios na implantação dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência, na avaliação, habilitação e cadastramento de serviços em todas as modalidades assistenciais, sendo extensivo ao setor privado que atue na área de urgência e emergência, com ou sem vínculo com a prestação de serviços aos usuários do Sistema Único de Saúde". (PORTARIA GM/MS nº 2.048, de 5 de novembro de 2002, §1º e 2º).

Em 2011, a Portaria GM/MS nº 1.600 reformulou a Política Nacional de Atenção às Urgências e instituiu a Rede de Atenção de Urgências (RUE), no Sistema Único de Saúde – SUS (PORTARIA GM/MS nº 1600, de 7 de julho de 2011).

A Rede de Atenção de Urgências (RUE) é formada por:

Promoção, Prevenção e Vigilância à Saúde; Atenção Básica em Saúde; Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e suas Centrais de Regulação Médica das Urgências; Salas de Estabilização; Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e conjunto de serviços de urgência 24 horas; Componente Hospitalar; Atenção Domiciliar; e Força Nacional de Saúde do SUS (RAG, 2014, p.365).

O Serviço de Atendimento Móvel às Urgências – SAMU 192 foi instituído pelo Decreto nº 5.055, de 27 de abril de 2004, e sua redefinição foi estabelecida pela Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, que trata das diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências.

A Política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas, que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada (Portal da saúde: saúde.gov.br, acessado em 01/07/2016).

O item I, do Art. 2º, do Capítulo I trata das definições para efeito da Portaria de redefinição, e conceitua o SAMU como:

I – SAMU 192: componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências tem a finalidade de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número "192" e acionado por uma Central de Regulação das Urgências; (Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012 Art. 2º item I).

A Portaria GM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, cita no Art. 2º, do capítulo I outros conceitos que serão tratados no documento, mas que não serão abordados, por não se tratar do foco dessa pesquisa.

No modelo adaptado para o Brasil, as Unidades Móveis para atendimento de urgência podem ser dos seguintes tipos:

- I - Unidade de Suporte Básico de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 2 (dois) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência e um técnico ou auxiliar de enfermagem;
 - II - Unidade de Suporte Avançado de Vida Terrestre: tripulada por no mínimo 3 (três) profissionais, sendo um condutor de veículo de urgência, um enfermeiro e um médico;
 - III - Equipe de Aeromédico: composta por no mínimo um médico e um enfermeiro;
 - IV - Equipe de Embarcação: composta por no mínimo 2 (dois) ou 3 (três) profissionais, de acordo com o tipo de atendimento a ser realizado, contando com o condutor da embarcação e um auxiliar/ técnico de enfermagem, em casos de suporte básico de vida, e um médico e um enfermeiro, em casos de suporte avançado de vida;
 - V - Motolância: conduzida por um profissional de nível técnico ou superior em enfermagem com treinamento para condução de motolância; e
 - VI - Veículo de Intervenção Rápida (VIR): tripulado por no mínimo um condutor de veículo de urgência, um médico e um enfermeiro.
- Parágrafo único. Situações excepcionais serão analisadas pela área técnica da Coordenação-Geral de Urgências e Emergências do Departamento de Atenção Especializada da Secretaria de Atenção à Saúde (CGUE/DAE/SAS/MS), no sentido de se disponibilizar o tipo de Unidade Móvel mais adequado às peculiaridades regionais (PORTARIAGM/MS nº 1.010, de 21 de maio de 2012, Art.6º).

Quanto aos recursos financeiros destinados ao SAMU, conforme o RAG/SAS/MS 2014, teve uma dotação final de R\$ 923.661.260, e o valor de despesa empenhada foi de R\$ 912.138.940, representando aproximadamente 98,75% do total de recursos destinados ao programa (RAG, 2014, p.368 – Apêndice D).

Os registros do RAG/SAS/MS 2014 constam que o SAMU 192 conta com:

Em 2014, o Samu 192 operou com 3.292 Unidades Móveis habilitadas. Dessas, 2.484 (75%) são Unidades de Suporte Básico, 575 (18%) Unidades de Suporte Avançado, 218 (7%) Motolâncias, oito Equipes de Embarcação e sete Equipes de Aeromédico (RAG/SAS/MS 2014, p.30).

Segundo dados registrados no RAG/SAS/MS 2014, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU192), conta com uma cobertura populacional de aproximadamente de 150,7 milhões de habitantes (RAG, 2014, p.30 – Apêndice D).

4.2.2 Gerenciamento do SAMU 192

Ao se tratar sobre o SAMU 192, esse Programa foi idealizado após sugestão dos técnicos do Ministério da Saúde e análises dos modelos de atendimento pré-hospitalar existentes à época. O seu financiamento foi previsto no orçamento federal com receita de arrecadação de impostos pela União, estados e municípios (Apêndice B – ENTREVISTA 3).

Após análises da proposta dos técnicos do Ministério, os gestores consideraram que o SAMU 192 poderia ser um programa de relevância no avanço ao atendimento às vítimas de agravos (Apêndice B – ENTREVISTA 3) e (Apêndice C).

O SAMU 192 foi considerado pelos gestores como uma solução a um problema coletivo, e após ser discutido pelos diversos atores envolvidos foi consolidado em um Programa integrante da Rede de Urgência e Emergência do MS (Apêndice B – ENTREVISTA 3) e (Apêndice C).

A partir disso, o Ministério resolveu implantar e estudar a escolha de um modelo que se adequasse as necessidades da população brasileira. Foi selecionado o modelo Francês de atendimento pré-hospitalar, então assinou um acordo bilateral entre o Brasil e a França. O motivo principal da escolha desse modelo era que em suas viaturas de suporte avançado havia a obrigatoriedade da presença de um médico, e não de paramédicos conforme os outros modelos (RAG, 2014, p.386), (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Os atores que participaram da formulação da Política foram técnicos do Ministério da Saúde, especialistas na área de Urgência e Emergência do Ministério e representantes de outras instâncias da Saúde no âmbito do SUS, no Brasil (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

O Governo Federal apoiou a iniciativa e o Programa passou a fazer parte da agenda prioritária do governo (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Antes de fazer parte da agenda do governo, o Programa passou pelo crivo de diversos gestores e representantes do SUS como: Ministro da Saúde, Comissão Intergestora Tripartite (CIT), Câmaras Técnicas, Secretário da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS), ou seja, uma série de atores atuantes na saúde (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Como o Programa do SAMU ainda não existia no Brasil, houve alguns conflitos por parte dos gestores, muitas dúvidas, inseguranças e inquietações (Apêndice B - ENTREVISTA 3) e (Apêndice C).

Após a resolução dos conflitos, o SAMU 192 passou a fazer parte da agenda da saúde como prioritário. Atualmente, não é mais considerado prioritário na agenda da saúde, porque já cobre mais de 70% da população brasileira (Apêndice B - ENTREVISTA3), (Apêndice C) e (RAG/SAS/MS, 2014, p. 30 – Apêndice D).

No momento de implantação do Programa, foram realizados estudos de causas externas com indicadores que apontassem os fatores de interferências (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Esses fatores de interferência foram estrategicamente enfrentados pelos gestores nos estados e municípios. O Ministério elaborou o Programa e as normas para implementação, mas os gestores locais que elaboraram o plano de ação de operacionalização e implementação das ações locais (Apêndice B – ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Nesse momento, foram observadas pelos gestores locais, as externalidades positivas e negativas, principalmente, em relação ao trânsito (Apêndice B ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Na busca por indicadores positivos a área técnica do SAMU 192 trabalhou preventivamente, desenvolvendo atividades educativas, como por exemplo: esclarecimentos à população sobre trote e causas externas (Apêndice B - ENTREVISTA3).

De acordo com o técnico, quando o cenário econômico estava mais favorável financeiramente para a saúde no país, havia maior facilidade com relação manutenção, implementação e expansão do Programa (Apêndice B - ENTREVISTA3).

Embora o Programa seja considerado pelos gestores da saúde como um programa de sucesso e relevância, a área técnica não conta com indicadores e relatórios de avaliação (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

A maneira pela qual a área técnica que administra o Programa e tem conhecimento das localidades em que o serviço é bem estruturado e aqueles que o SAMU é deixado em segundo plano é visualizada pelos relatórios de auditoria (Apêndice B - ENTREVISTA3).

Segundo a declaração do técnico que trabalha no Programa do SAMU 192, os relatórios fornecidos pelo DENASUS, quanto à estrutura dos serviços nas diversas localidades, contêm dados que podem ser utilizados para o monitoramento e avaliação da eficiência e eficácia do Programa (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA6) e (Apêndice C).

Essas informações são reunidas e inseridas no Sistema (e'Car) de monitoramento e avaliação utilizado pelo DEMAS/SE e pela CGPO/SAS para monitorar e avaliar os Programas (Apêndice B – ENTREVISTA 1, ENTREVISTA3 e ENTREVISTA7).

Com relação aos desafios encontrados na implementação do SAMU 192, o principal foi quando aconteceram as mudanças de gestores estaduais e municipais. Quando esses gestores não tinham conhecimento do Programa e da sua importância para a sociedade, alguns tomaram decisões que acarretaram sequelas negativas para população local e para o Programa (Apêndice B - ENTREVISTA3).

Outro desafio foi a fragmentação institucional no que se refere à integração entre os gestores responsáveis pela implementação do Programa com a área hospitalar e pré-hospitalar (Apêndice B - ENTREVISTA3).

O Planejamento Tático é estabelecido pelo DEMAS/SE e pela CGPO/SAS. O DEMAS realiza Oficinas Transversais, para em conjunto realizar a elaboração do Planejamento do Planejamento Estratégico do MS. E a SAS realiza a avaliação e consolidação das previsões de Planejamento e Orçamento encaminhadas pelos Programas.

Com referência ao Planejamento estratégico das ações desenvolvidas pela área técnica do Ministério da Saúde, ele é realizado todo ano. São elaborados o Plano de Saúde (PS) e a Programação Anual (PAS). No planejamento, são previstas as ações a serem realizadas em âmbito nacional, registradas a previsão da evolução do Programa, quanto de recursos financeiros será investido em implementação e inovação, cursos de capacitações e a meta de quantas pessoas serão atingidas (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C).

Posteriormente, essas ações são acompanhadas e monitoradas para elaboração do Relatório de Gestão (RAG) (Apêndice B - ENTREVISTA3) e (Apêndice C). Os relatórios elaborados pela área técnica abordam apenas aspectos quantitativos de implantação e expansão do Programa (Apêndice B - ENTREVISTA3), (RAG, 2014) e (Apêndice C).

Com a finalidade de obter informações mais precisas para o monitoramento do SAMU 192, são solicitadas ações de controle ao DENASUS. Essas ações de auditorias podem ser tanto pontuais, como ações planejadas no âmbito nacional (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA 6) e (Apêndice C).

As ações pontuais, geralmente, são para apuração de denúncias realizadas pelos usuários. Essas auditorias são de conformidade e corretivas para ajustar incorreções ou desvios financeiros, para que a população possa ser mais bem atendida (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA6) e (Apêndice C).

Com relação às auditorias planejadas em âmbito nacional, são definidas entre o DENASUS e a área técnica, e têm a finalidade de verificar se o serviço está sendo bem gerido e se está funcionando adequadamente como rege as normas, ou seja, auditorias com enfoque na conformidade legal.

Para a realização dessas auditorias foi elaborado um Protocolo em conjunto entre os dois Departamentos, direcionado para detectar algum desvio de natureza legal (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA6), (Apêndice C) e (CAD. PLANEJASUS, 2010, p.14). Os resultados dessas auditorias são utilizados para prevenção, acompanhamento, e correção de falhas ocorridas na implementação do Programa (Apêndice B - ENTREVISTA3 e ENTREVISTA6) e (Apêndice C).

CAPÍTULO 5 – ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

No sentido de verificar a existência dos *feedback* da implementação do planejamento em saúde, por meio dos resultados das auditorias e sua efetiva utilização, esse trabalho teve como foco de observação as etapas do processo de planejamento, implementação, monitoramento e avaliação da Rede Cegonha e do SAMU 192.

Para isso, a pesquisa buscou obter duas visões: a do gerenciamento dos gestores das políticas de saúde e a dos gestores e técnicos que administram e executam os Programas, com o objetivo de compreender a retroalimentação das informações sobre eficiência, eficácia e efetividade.

Um aspecto relevante sobre as decisões de seleção das Políticas Públicas a serem desempenhadas na Saúde foi à concentração de esforços do Governo no desenvolvimento de políticas *Distributivas*, que beneficiassem a coletividade e tivessem o seu financiamento apoiado em receitas de impostos.

Nos casos da Rede Cegonha e do SAMU 192, há uma consideração de que o problema é coletivo e foi ponderado entre os diversos atores representantes de organizações públicas e privadas bem como de segmentos da sociedade.

No caso do programa da Rede Cegonha, o Governo Federal considerou como um problema coletivo e na fase de elaboração do Programa houve a participação de diversos gestores e técnicos atuantes na saúde.

Em relação ao SAMU, houve a participação dos diversos atores na formulação da política e na implementação e o problema, também, foi considerado de interesse coletivo.

Conforme entrevista com o enfermeiro e consultor do SAMU 192, que atua no Programa desde sua elaboração em 2002, em 09 de junho de 2016, os atores que participaram da formulação do Programa foram técnicos e especialistas na área de Urgência e Emergência do Ministério da Saúde e do Brasil.

Assim, uma vez que as evidências da pesquisa apontam que o problema foi considerado coletivo e contou com a efetiva participação de diferentes atores representantes de organizações públicas, privadas e da sociedade civil, nos diferentes casos estudados, e observa-se que as políticas analisadas foram formuladas e organizadas de forma *multicêntrica* e democrática.

Na elaboração dos Programas, que contou com a atuação de diversos tipos de representantes atuantes na saúde, na Rede Cegonha atores como Ministro e Assessores, a participação de técnicos da Vigilância em Saúde, Comissões Intergestoras Regionais(CIB e CIS) foi verificado que não houve registro de conflitos entre os participantes, de acordo com informações da Assessoria Técnica da Coordenação Geral de Saúde das Mulheres, em 17 de junho de 2016.

Mas como o SAMU 192 era algo novo no Brasil, surgiram por parte dos gestores estaduais e municipais inquietações e vários tipos de conflitos gerados pelas dúvidas e inseguranças, informação concedida pelo consultor atuante no SAMU 192 a aproximadamente 10 anos.

Em decorrência desses conflitos, o Ministério da Saúde (MS) teve a preocupação de apresentar o Programa aos gestores, esclarecendo sua finalidade e perspectivas. Com isso, os conflitos têm sido resolvidos e o Programa vem se adequando à realidade brasileira.

Ressalta-se que na elaboração do Programa do SAMU 192, a pesquisa constatou fatos que reforçam a teoria de Bozeman e Pandey, que indica como critério de análise de uma política pública o “conteúdo técnico” e o “conteúdo político” e salienta a “geração de conflitos”, pois foi verificado que os *objetivos* e *ordenamento* do Programa surgiram de uma sugestão técnica, mas que seus métodos de implementação suscitaram conflitos entre os gestores da saúde.

Inicialmente, o Governo Federal considerou os dois Programas como prioritários em sua agenda. Os gestores da saúde, diante dos diversos problemas públicos de saúde enfrentados pela população e a escassez de recursos destinados para o seu desenvolvimento, delimitaram os problemas que fariam parte da agenda, da saúde analisando suas causas, os responsáveis, os empecilhos a serem encontrados e avaliaram suas possíveis maneiras de soluções ou diminuição de suas consequências negativas e em seguida estruturaram a agenda.

Essas decisões estão alinhadas a teoria de Sjoblom sobre a identificação de um problema público, pois essa hipótese destaca que a identificação do problema envolve a sua percepção, a definição ou delimitação e a avaliação da possibilidade de solução.

Articulados com essa teoria foram canalizados esforços para formação da agenda da saúde direcionada para ações e serviços de saúde, que identificassem prováveis benefícios no bem-estar da população, em concordância com o conceito

de John Kingdon sobre formação da agenda, quando afirma que a agenda é a reunião de problemas, que recebem especial atenção dos governantes em um determinado momento.

A Rede Cegonha foi definida como prioritária na Agenda da Saúde desde 2011 e sua prioridade foi confirmada no PPA 2016-2019, devido à necessidade na visão do Governo de continuidade e expansão do Programa e pretendendo a adesão de mais municípios brasileiros, isso implica garantia orçamentária e financeira para desenvolvimento de suas ações.

Quanto ao SAMU 192, inicialmente, foi definido como um Programa prioritário, mas após sua implantação ter alcançado 70% de cobertura da população brasileira deixou de sê-lo, isto é, significa que o mesmo poderá sofrer cortes orçamentários e financeiros (Apêndice II – ENTREVISTA 3).

Embora os serviços do SAMU 192 ainda não tenham sido implantados em todo território nacional, o Ministério da Saúde ainda não conseguiu formar um diagnóstico, para saber os motivos dos problemas, pois ele depende de um cenário econômico positivo para conquistar recursos que facilitem a investigação, manutenção, implementação e expansão nas demais localidades do país.

Foi constatado pela pesquisa, que a Rede Cegonha foi estabelecida pelo Governo Federal, para que o Ministério da Saúde desenvolvesse o Programa e definisse objetivos e ações, que deveriam ser implementadas pelos estados e municípios, significando a utilização do modelo *top-down* de implementação.

Evidencia-se que, com relação ao Programa do SAMU 192, o modelo de implementação caracterizado foi o *bottom-up*, pois os objetivos e operacionalização das ações foram estipulados em conjunto com os Estados e Municípios que são os implementadores do Programa.

Na formulação dos Programas, os gestores e técnicos responsáveis pelo desenvolvimento dos Programas realizaram estudos sobre a implementação, para verificar quais seriam as facilidades e os empecilhos que afetariam a execução das ações.

No caso da Rede Cegonha, na etapa do planejamento, foram estudados fatores de interferências ambientais e estruturais, e externalidades positivas e negativas que pudessem influenciar no acesso, acolhimento e segurança da saúde das crianças.

Os gestores do SAMU 192 estudaram apenas as causas externas, principalmente, relacionadas ao trânsito, em virtude da finalidade de chegar, rapidamente, à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde.

Como compete ao Ministério da Saúde coordenar, organizar e orientar as ações dos Programas e das Políticas, os gestores dos Programas providenciaram Portarias, que orientassem aos gestores da saúde dos Estados e Municípios como deveriam ser feitas as ações de implementação, elaborando Portarias contendo conceitos, diretrizes, objetivos, operacionalização das ações e as regras para destinação das aplicações dos recursos financeiros repassados pelo MS e aplicados pelos estados e municípios. Mediante essas normas legais, foi possível a realização do controle dos Programas e Políticas.

Os efeitos das práticas acima foram avaliadas pelos dirigentes e técnicos, que trabalham no gerenciamento do Programa, por meio de reuniões de monitoramento das execuções. O monitoramento realizado pela Rede Cegonha teve especial atenção da Presidência da República, Casa Civil, Gabinete do Ministro da Saúde e outras instâncias do governo que demandavam o acompanhamento sistemático do Programa.

Esse fato implicou a necessidade de indicadores precisos e concretos que possibilitassem a análise da evolução do Programa. A gerência da Rede Cegonha efetuou o acompanhamento da implementação por meio do monitoramento de indicadores de alcance de metas.

Nesse momento, foi detectada pelos servidores da Rede Cegonha a importância dos resultados das auditorias, pois suas informações dos fatos seriam mais precisas, detalhadas e fidedignas.

Depoimento da Assessora Técnica da Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres, em 17 de junho de 2016:

“Pra gente no âmbito da Rede Cegonha a auditoria ela foi estratégica, porque ela surge já no período de início de implementação da Rede. Quando a gente fez uma conversa com o Diretor à época colocando que era importante uma auditoria, mas uma auditoria formativa, que reorientasse as práticas para alcançar o modelo de atenção ao parto e ao nascimento. As auditorias tem um papel fundamental na implementação para dar subsídio para monitorar, acompanhar, para interferir na implementação. Exatamente ir corrigindo colocando pra frente a Política” (Apêndice B – ENTREVISTA 4).

No caso do Programa do SAMU 192, devido as suas características, os administradores locais foram estrategicamente enfrentando os problemas e

buscando as soluções. O Ministério apenas orientou por meio de Portarias, assessoramentos e suportes técnicos.

Em virtude das características e disponibilidade de informações, os gerentes do SAMU 192 utilizaram apenas indicadores de metas alcançadas, recorrendo como ferramenta os resultados das auditorias para acompanhamento do Programa.

Por intermédio dos resultados dos indicadores de alcance de metas e dos relatórios de auditoria do DENASUS, a gestão da Rede Cegonha vem efetuando suas avaliações do Programa. Quanto ao SAMU 192, foi evidenciado que as avaliações produzidas são respaldadas somente nos resultados das auditorias fornecidas pelo DENASUS.

Após a elaboração das avaliações, conforme determinado pelo Departamento de Monitoramento e Avaliação (DEMAS), os técnicos dos Programas inserem as informações no Sistema de Controle, Acompanhamento e Avaliação de Resultados (e'Car), apropriado para o armazenamento dos dados.

Com isso, os Programas efetuam o *feedback* ao DEMAS e a CGPO. Por meio dessas informações, o DEMAS monitora os Programas, e em conjunto com a CGPO avalia as estratégias de planejamento e orçamento das Políticas Públicas de Saúde.

Os resultados gerados pelos *feedbacks* das áreas são fundamentais para a gestão, pois é com base nesses dados e informações, que têm sido avaliadas a eficiência e eficácia das estratégias, que foram definidas no planejamento. A pesquisa apontou que o conhecimento afeta nas tomadas de decisão dos dirigentes.

Foram evidenciadas fragilidades nas informações prestadas pelos Programas, que são decorrentes de deficiências técnicas e institucionais no desenvolvimento dos Programas.

Foram detectadas por meio do monitoramento deficiências técnicas no planejamento do Programa da Rede Cegonha, o que significou problemas na implementação. A gestão precisou contratar um especialista da área para auxiliar no prosseguimento da atividade.

Quanto ao SAMU 192, as fragilidades das informações foram evidenciadas no registro dos dados incluídos no Sistema pelos responsáveis estaduais e municipais na etapa de *feedback*, pois é considerada acentuada a ausência de conhecimento técnico. Isso implica sequelas negativas na implantação e manutenção do Programa e acarretam problemas para a população local. Conforme declaração do Consultor do Programa do SAMU 192, em 09 de junho de 2016:

“O que acontece muito é que quando há mudanças de gestores estaduais e municipais os novos gestores não tem conhecimento daquela política, se os técnicos locais não orientam ele até que o MS vá lá ou ele busque essa informação ele não vai ter a informação e muitas vezes a decisão dele pode impactar negativamente até no Programa. Por exemplo: a falta de investimento por não entender ser tão importante o Programa” (Apêndice B – ENTREVISTA3).

Com relação aos desafios institucionais, o principal fator encontrado foi à fragmentação institucional referente à integração com as áreas pré-hospitalar e hospitalar. Constatada, principalmente, pelo SAMU 192, no recebimento de pacientes nas portas de emergência dos hospitais, comprometendo assim a saúde dos cidadãos.

Identificou-se que, na formulação do planejamento, os técnicos dos Programas utilizaram estratégias de procedimentos de ações de implementação, visando alcançar as metas estabelecidas para um determinado período. Essas informações são consolidadas e ficam contidas nos Planos e Programações Anuais de Saúde dos Programas, indicando a aplicação dos instrumentos de planejamento na implementação.

As evidências demonstraram que esses documentos serviram para embasar a elaboração do Relatório Anual de Gestão, referente às execuções realizadas no período, e, ainda, serviram como apoio para o monitoramento sistemático das ações efetuadas pelos implementadores dos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192. Essa integração entre essas ferramentas indicam a inter-relação entre os instrumentos de planejamento e o monitoramento.

A fim de nortear a gestão dos Programas, quanto às atividades que deveriam estar contidas no planejamento do Programa e precisariam ser desenvolvidas, destaca-se que o DEMAS e a SAS estabeleceram o Planejamento Tático do Órgão, distribuindo os objetivos entre as áreas da organização, implicando assim em mais eficiência no planejamento estratégico dos Programas e das Políticas de Saúde, pois cada área ficaria centrada em desenvolver estratégias focadas em seus objetivos.

Em decorrência do planejamento tático, e determinação dos objetivos, a gestão da Rede Cegonha e do SAMU 192 analisaram os objetivos e decidiram o planejamento indicando *o que deve ser feito e como deve ser feito*, para atingir as metas do Programa.

Os dirigentes planejaram suas atividades estabeleceram o tempo e os recursos que seriam necessários para execução das ações, definindo suas estratégias operacionais, caracterizando a utilização das atribuições do planejamento operacional.

A Rede Cegonha estabeleceu 5 eixos de ação e distribuiu entre as coordenações e cada grupo elaborou uma matriz com ações para a realização em 1 ou 2 anos. A estratégia da gestão do SAMU 192 foi elaborar o planejamento interno da coordenação e o planejamento operacional no âmbito nacional.

Isso significa que a implementação do Planejamento em Saúde depende fundamentalmente da implementação do Planejamento operacional dos Programas distribuídos pelo país.

Para monitorar a execução das ações, os técnicos que desempenhavam as atividades de acompanhamento concluíram que seria necessário obter informações mais específicas sobre cada ação realizada pelos agentes implementadores, pois era necessário certificar-se de que as informações registradas nos documentos eram autênticas.

Depoimento do Coordenador-Geral de Planejamento e Orçamento em 29 de junho de 2016:

“A lacuna no conhecimento acaba por prejudicar todo o Sistema e gerar erros na execução, nos municípios, na horizontalidade do SUS, erros bobos” (Apêndice B – ENTREVISTA7).

Então para monitorar as ações, sustentados na Lei e no conceito do DENASUS sobre auditoria, a gestão do Programa da Rede Cegonha e do SAMU 192 concluiu que o instrumento ideal para fornecer essas informações era a auditoria.

As respostas adquiridas pelos relatórios de auditoria de apuração de denúncias apontaram para a gestão e para a área técnica dos Programas que as auditorias poderiam ser fonte de outros tipos de conhecimentos, fundamentais para as análises da eficiência, eficácia e efetividade dos Programas.

Conforme o item II, do art. 2º, do Decreto Lei 1.651/95, o SNA deverá formular a avaliação: *da estrutura, dos processos aplicados e dos resultados alcançados, para aferir sua adequação aos critérios e parâmetros exigidos de eficiência, eficácia e efetividade*, isso indica que o DENASUS, como órgão central do SNA, deve

fornecer relatórios, que contenham dados e informações, que possibilitem aos gestores dos Programas analisarem o desenvolvimento do Programa.

Verificou-se que o DENASUS exerce suas funções por meio de atividades de auditoria, visita técnica e cooperação técnica para fortalecimento do SNA, materializando esses resultados em forma de relatórios e disponibilizados aos demandantes, isso significa que o Departamento atende os critérios do TCU, para obter evidências sobre a demanda e relatar os resultados.

Com relação aos resultados das demandas do Programa da Rede Cegonha e do Programa do SAMU 192, evidenciou-se em entrevista com o Coordenador-Geral de Auditoria e com os técnicos dos Programas, que as solicitações não são mais só voltadas para apuração de denúncias e somente pontuais, depois da elaboração dos respectivos Protocolos.

As auditorias e visitas técnicas passaram a realizar estudos e pesquisas que respaldem a formulação de diagnóstico, acompanhamento, prevenção e correção dos atos praticados pelos responsáveis nos Estados e Municípios, assim, significando que as informações poderiam ser utilizadas para avaliação da eficiência e eficácia das estratégias e das ações de operacionalização dos Programas.

Conforme declaração dos técnicos e gestores dos Programas, esses resultados foram efetivamente utilizados, para corrigir irregularidades do uso dos recursos financeiros destinados à manutenção e implementação dos Programas e detectar a falta de cumprimento das determinações, contidas nas Leis e Portarias, por se tratarem de auditorias operativas e de conformidade.

Por meio dos produtos das auditorias decorrentes dos Protocolos, são identificados preventivamente os pontos de dificuldade de implementação dos Programas. E, também, são fontes de dados para as análises de desempenho, apontando a eficiência e eficácia do Programa.

Mas, apesar de estar previsto em Lei, que o DENASUS deve apresentar avaliações de efetividade, foi evidenciado que os relatórios encaminhados aos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192 não proporcionaram o *feedback* necessário de informações suficientes para essas avaliações.

Assim, constatou-se, então, a fragilidade do conhecimento da efetividade dos Programas de Saúde da Rede Cegonha e do SAMU 192, perante as disposições do Ministério da Saúde a esse respeito.

Segue abaixo, um quadro resumo dos principais tópicos que caracterizam os casos estudados:

QUADRO I – RESUMO DOS CASOS ESTUDADOS

Item	REDE CEGONHA - RC	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU 192
REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE	Redes de Atenção à Saúde são disposições organizativas de ações e serviços de saúde, de diferentes aspectos tecnológicos que tem como objetivo a integralidade do cuidado da saúde, alocando dispositivos tecnológicos, apoios técnicos e logísticos e de gestão.	
DIRETRIZES	I - garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal; II - garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; III - garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento; IV - garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e V - garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo.	A Política prioriza os princípios do SUS, com ênfase na construção de redes de atenção integral às urgências regionalizadas e hierarquizadas que permitam a organização da atenção, com o objetivo de garantir a universalidade do acesso, a equidade na alocação de recursos e a integralidade na atenção prestada.
DEFINIÇÃO DO PROGRAMA	É a reunião de estratégias com a finalidade de proporcionar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como garantir à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudável.	SAMU 192 - componente assistencial móvel da Rede de Atenção às Urgências que tem a finalidade de chegar precocemente à vítima após ter ocorrido um agravo à sua saúde (de natureza clínica, cirúrgica, traumática, obstétrica, pediátrica, psiquiátrica, entre outras) que possa levar a sofrimento, à sequelas ou mesmo à morte, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências,” (Portaria nº 1.010 de 21 de maio de 2012 Art. 2º item I).
Políticas	Distributivas Conteúdo político	Distributivas Conteúdo técnico
TIPO DE POLÍTICA	"Multicêntrica" - problema coletivo e participação de diversos atores públicos e privados. Ela é mais interpretativa menos positivista	"Multicêntrica" - problema coletivo e participação de diversos atores públicos e privados. Ela é mais interpretativa menos positivista
AGENDA	Consta na Agenda prioritária do Governo.	Consta na Agenda, mas não é mais prioritário.
ESTUDOS SOBRE IMPLEMENTAÇÃO	Houve estudos de fatores de interferência ambientais e estruturais	Houve estudos de causas externas e fatores de interferências
MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO	"top-down"	"bottom-up" I

Item	REDE CEGONHA - RC	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU 192
ESTUDOS DE EXTERNALIDADES	Houve estudos de Externalidades Positivas e Negativas.	Houve estudos de Externalidades Positiva e Negativas
EFEITOS DA PRÁTICA DE IMPLEMENTAÇÃO	Houve avaliação da estratégia pela gestão do Programa.	Foram estrategicamente enfrentados pelos gestores locais.
ACOMPANHAMENTO DA IMPLEMENTAÇÃO	Acompanhamento Sistemático com indicadores.	Acompanhados pelos resultados das verificações de auditoria.
FATORES DE CONFLITO	Não houve conhecimento de conflitos entre os atores.	Houve conflitos
AVALIAÇÃO	Baseada em indicadores de metas a serem alcançadas e ações realizadas.	Não conta com indicadores e relatórios de avaliação
"FEEDBACKS"		
"FEEDBACK" - Área técnica p/ DEMAS	Área Técnica retroalimenta o DEMAS/SE com informações inseridas no Sistema (e'Car)	Área Técnica retroalimenta o DEMAS/SE com informações inseridas no Sistema (e'Car)
"FEEDBACK" - Área técnica p/ SAS	Área Técnica retroalimenta a CGPO/SAS com informações sobre o Programa.	Área Técnica retroalimenta a CGPO/SAS com informações sobre o Programa.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO	Indicadores de alcance das metas - eficiência e eficácia.	Monitoramento e avaliação da eficiência e eficácia do Programa pelos relatórios de auditoria.
DESAFIOS TÉCNICOS E INSTITUCIONAIS	Houve desafios técnicos	Houve desafios técnicos e institucionais
PLANEJAMENTO ESTRATÉGICO	É elaborado o planejamento das ações	O Planejamento estratégico das ações é realizado todo ano
PLANO, PAS E RAG	São elaborados pela Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres.	São elaborados pela Coordenação-Geral do SAMU 192
MONITORAMENTO	Realizado sistematicamente	As ações são acompanhadas e monitoradas.
ESTRATÉGIA	PLANEJAMENTO TÁTICO: DEMAS e SAS PLANEJAMENTO OPERACIONAL - Gestão e área técnica do Programa	PLANEJAMENTO TÁTICO: DEMAS e SAS PLANEJAMENTO OPERACIONAL - É feito todo ano o Planejamento de Gestão no âmbito nacional, e planejamentos internos da coordenação.

Item	REDE CEGONHA - RC	REDE DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA - SAMU 192
------	-------------------	--

AUDITORIA		
TIPOS DE AUDITORIA	AUDITORIA INTERNA - DENASUS realiza auditorias internas	AUDITORIA INTERNA - DENASUS realiza auditorias internas
	DENASUS FAZ AUDITORIA RC	DENASUS FAZ AUDITORIA SAMU 192
	RC RECEBE RELATÓRIO DE AUDITORIA DO DENASUS	ÁREA TÉCNICA RECEBE RELATÓRIO DE AUDITORIA DO DENASUS
	AUDITORIA DE DENÚNCIA	AUDITORIA DE DENÚNCIA
	AUDITORIA PONTUAL	AUDITORIA PONTUAL
	AUDITORIA DE CONFORMIDADE	AUDITORIA DE CONFORMIDADE
	AUDITORIA DE ACOMPANHAMENTO	AUDITORIA DE ACOMPANHAMENTO
	AUDITORIA OPERATIVA (em parte)	AUDITORIA OPERATIVA (em parte)
TIPO DE AUDITORIA	AUDITORIA PREVENTIVA	AUDITORIA PREVENTIVA
	AUDITORIA CORRETIVA	AUDITORIA CORRETIVA.
CONTROLE	É realizado	É realizado
EFICIÊNCIA E EFICÁCIA	AS AUDITORIAS DE PROGRAMAS PERMITEM AVALIAR A EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DO PROGRAMA	AS AUDITORIAS DE PROGRAMAS PERMITEM AVALIAR A EFICIÊNCIA E EFICÁCIA DO PROGRAMA
EFETIVIDADE	O "feedback" do DENASUS NÃO PERMITE QUE A ÁREA TÉCNICA REALIZE A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA	O "feedback" do DENASUS NÃO PERMITE QUE A ÁREA TÉCNICA REALIZE A AVALIAÇÃO DA EFETIVIDADE DO PROGRAMA

Fonte: Elaborado pela autora da Pesquisa com base nas entrevistas e documentos.

CONCLUSÃO

Com base nos dados e análises contidas no estudo apresentado nos capítulos anteriores, pretende-se nessa parte do trabalho responder à pergunta de pesquisa que norteou o desempenho das atividades.

Primeiramente, ressalta-se que foi verificada a fragilidade das informações concedidas pelos técnicos dos casos estudados, devido à deficiência técnica dos gestores estaduais e municipais, quanto ao *feedback*, relativo às ações de implementação dos Programas, logo pode-se supor que os mecanismos de monitoramento e avaliação podem gerar avaliações inconsistentes.

Evidenciou-se que os indicadores de avaliação desenvolvidos pelos Casos Estudados são essencialmente de eficiência e eficácia.

Com relação aos estudos e informações de fatores de interferência são insuficientes para alimentação da avaliação do Planejamento do Programa. E o monitoramento e avaliação não apontam os problemas que impedem o avanço do sistema.

Evidenciou-se, também, a falta de cumprimento da integralidade do item II, do Art. 2º, do Decreto nº 1.651/95, pois os resultados fornecidos pelas auditorias subsidiam apenas as análises da eficiência e eficácia dos programas, com informações e dados sobre as conformidades legais encontradas na execução dos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192.

A pesquisa constatou que o Departamento Nacional de Auditoria do SUS não proporciona aos gestores da saúde e dos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192 resultados que demonstrem a influência dos Programas e Políticas no bem-estar da população, em virtude disso os gestores não conseguem avaliar se a política está sendo efetiva para a sociedade.

Essa falta de *feedback* da auditoria, quanto a efetividade torna o monitoramento e avaliação vulneráveis, o que implica na dificuldade de implementação do planejamento do Programa, pois na medida em que a auditoria deixa de disponibilizar aos gestores aspectos de interferências, que contribuem para a não efetividade da Política, as externalidades negativas podem desvirtuar as ações das metas estabelecidas.

As informações resultantes das auditorias não disponibilizam aos gestores aspectos que interferem na implementação do Planejamento em Saúde.

Os estudos sobre efetividade podem indicar aspectos de natureza epidemiológica e cultural que devem ser considerados na elaboração do planejamento de cada localidade.

E ainda, por meio desses resultados são indicados os pontos delicados da gestão da saúde em cada Estado ou Município. É fundamental que os avaliadores tenham respaldos úteis e confiáveis para a tomada de decisão, a fim de avaliar a continuação do financiamento da Política, a sua permanência na agenda da saúde, a necessidade do emprego de novas técnicas de implementação ou até mesmo a extinção da política, por se tratar apenas de gargalo financeiro e objeto de dispêndio dos limitados recursos da saúde.

Ressalta-se, ainda, que quanto aos aspectos da Gestão das Políticas Públicas de Saúde a acentuada fragmentação entre os Departamentos de Monitoramento e Avaliação (DEMAS) e a Auditoria (DENASUS) não contribuem para o aperfeiçoamento da gestão das Políticas.

O monitoramento, avaliação e os resultados das auditorias não indicam a estratégia adequada para a implementação do Planejamento dos Programas e Políticas.

Concluiu-se que o *feedback* dos resultados das auditorias são insuficientes para avaliar a efetividade da implementação do planejamento das Políticas Públicas de Saúde.

O método utilizado para o estudo teve que considerar o tempo estipulado para desenvolvimento da pesquisa. Então, destacam-se como limitações: a dificuldade nas marcações de entrevistas, o temor de alguns gestores e técnicos de conceder entrevista em razão da transição política, indisponibilidade de tempo do gestor titular da Rede Cegonha e ausência de conhecimento dos entrevistados sobre os assuntos abordados.

Sugere-se que futuros estudos trabalhem na expansão da aplicação da análise de conteúdo a outros Programas de Saúde no âmbito do SUS, a fim de contribuir para a legitimidade técnica e merecimento de maior rigor e respeito por parte dos pesquisadores na sua aplicação.

RECOMENDAÇÕES

As recomendações são pertinentes para os Programas nas mesmas condições pesquisadas. As sugestões que se seguem foram apresentadas de forma agregada, pois os aspectos analisados de planejamento, monitoramento, avaliação, auditoria, gestão e os casos estudados são considerados estreitamente relacionados entre si.

Primeiramente, merece especial atenção as características do *feedback* da gestão dos Programas para o Departamento de Monitoramento e Avaliação do SUS/DEMAS e a Coordenação-Geral de Planejamento e Orçamento da Secretaria de Atenção à Saúde/CGPO, sugerindo uma deficiência na consistência dos conhecimentos gerados pelos dados e informações inseridos pelas áreas técnicas dos Programas da Rede Cegonha e do SAMU 192.

Considerando que o objetivo da gestão é a avaliação da eficiência, eficácia e efetividade das Políticas de Saúde, as informações prestadas pelos Programas permitem apenas a avaliação da eficiência e eficácia.

O que se pretende é que as tomadas de decisão sejam respaldadas em conhecimentos substanciais, que indiquem os Programas e Políticas de Saúde do SUS, que são efetivos e influenciam no bem-estar da população brasileira. Dessa forma, os gestores da saúde poderiam analisar por meio dos resultados a elaboração das ações mais adequadas a serem adotadas pelo planejamento.

A alternativa proposta pela pesquisa é de que o DENASUS desenvolva estudos sobre avaliação da efetividade dos Programas e Políticas, com a finalidade de oferecer aos gestores do Ministério elementos que disponibilizem pontos fundamentais para essa avaliação, uma vez que os fatos e pareceres das auditorias devem ser fidedignos, conforme os normativos legais.

Na perspectiva da administração pública gerencial, que tenha como foco os resultados e que oportunizem a efetividade das ações do governo relativas à saúde, o planejamento, monitoramento, avaliação e auditoria precisam estar integrados entre eles e alinhados com os objetivos da organização.

Em relação ao monitoramento, cuja necessidade é comprovada pelos dois casos estudados, recomenda-se o monitoramento sistemático das ações de implementação, a fim de maximizar o proveito dos recursos humanos e financeiros

Com referência a avaliação, como ferramenta de *feedback*, observa-se que é um mecanismo fundamental para que a saúde atinja a efetividade de suas ações e metas. A avaliação deve ser capaz de proporcionar informações sobre o quadro atual, para servir de parâmetro para concepção de novas atividades.

Mas, para que os instrumentos de monitoramento e avaliação sejam utilizados corretamente é necessário que os dados e informações registrados nos sistemas e documentos sejam verídicos e reflitam a realidade dos aspectos de interferência na implementação dos Programas.

Embora tenham sido pesquisadas as rotinas de integração das ferramentas de planejamento, apenas em dois Programas do Ministério da Saúde, é visível a interferência das deficiências técnicas na geração de conhecimento a ser utilizado pela gestão das Políticas.

Uma das alternativas a ser adotada que facilite o desenvolvimento das atividades, é a apresentação dos Programas aos gestores da saúde nos Estados e Municípios, de forma que nas mudanças de gestão, os responsáveis pela implementação e manutenção das ações tenham orientações sobre os Programas e as consequências, a respeito das informações a serem fornecidas e das decisões a serem tomadas.

Na direção de sustentar as análises avaliativas de efetividade, a seguir são apresentados alguns caminhos que podem trazer benefícios para o direcionamento do planejamento em saúde. A gestão poderia motivar os gerentes dos Programas a estudarem ainda mais os fatores de interferências da implementação, estimularem a elaboração de indicadores de avaliação de efetividade, intensificarem a utilização do monitoramento respaldado em indicadores e auditorias, promovendo mais integração entre os implementadores e os dirigentes e técnicos dos Programas.

Juntamente com esses procedimentos, a gestão poderia fortalecer os mecanismos de controle na busca pela comparação entre os resultados esperados e os resultados encontrados, em conformidade com o conceito de avaliação de processo. Recomenda-se que, além de permitir comparações, os mecanismos de controle apontem a ação corretiva.

Por outro lado, para que isso aconteça é necessário que o DENASUS se dedique a praticar ações de auditorias, voltadas não só para as conformidades legais, como observado na pesquisa, mas também para o diagnóstico do efetivo

desempenho das estratégias de enfrentamento dos problemas públicos de saúde e dos resultados alcançados.

Além de propor o aperfeiçoamento dos mecanismos de controle, sugere-se que sejam direcionados esforços em pesquisas sobre as causas dos efeitos limitadores de avaliação da efetividade, e também, avaliações de impacto das Políticas de Saúde, sustentados no conceito de avaliação de impacto.

Recomenda-se que para que as relações entre os resultados das auditorias contribuam para a implementação do Planejamento em Saúde, o gestor público aperfeiçoe, integre e oportunize a utilização dos resultados averiguados como peça importante no *feedback* do planejamento e nas avaliações de eficiência, eficácia e efetividade dos Programas e Políticas de Saúde.

Aliado a todas essas alternativas, o Ministério precisa buscar cada vez mais consonância com as realidades políticas e econômicas do país, com a finalidade de obter mais apoio político para a saúde e recursos financeiros que permitam a implantação das Políticas de Saúde do SUS.

No sentido de contribuir para o desenvolvimento teórico e prático, são sugeridos novos estudos sobre a influência da auditoria nas análises de eficiência, eficácia e efetividade do planejamento. Ou ainda, estudos sobre impactos da auditoria na implementação do planejamento em saúde.

BIBLIOGRAFIA

- ARRETCHE, Marta. **Dossiê Agenda de Pesquisa em Políticas Públicas**. RBCS Vol. 18 nº. 51 fevereiro/2003. 9 p.
- BARROS, Elizabeth. **Planejamento em Saúde: encontros e desencontros**. Brasília-DF: CEPAL. Escritório no Brasil/IPEA-2012, 46 p.
- BARBOSA, Sheila Cristina Tolentino. **Relações Interorganizacionais para implementação de Programas Públicos – Aspectos de Coordenação e Controle: O Caso do programa de Alfabetização e Capacitação de Jovens e Adultos de 1998 na Região Nordeste**. Recife, 2001. p.99.
- BARBOSA, Sheila Cristina Tolentino. JANANN, Joslin Medeiros. **Configuração de arranjos interorganizacionais e implementação de programas públicos**. 2005. Cadernos EBAPE.BR – Volume III – Número 2.
- BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70 Ltda, 1977.
- BARREIRA, Maria Cecília Roxo Nobre. CARVALHO, Maria do Carmo Brant de. **Tendências e Perspectivas na avaliação de políticas e programas sociais**. São Paulo, 2001, IEE/PUC/SP, 224p.
- BRASIL, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2015. 133p.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Organização e funcionamento**. 3. ed. Brasília, D.F. 2009. 98 p. (Série cadernos de planejamento vol.1).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Sistema de Planejamento do SUS: uma construção coletiva. Instrumentos Básicos**. 2. ed. Brasília, D.F. 2009. 54 p. (Série cadernos de planejamento vol.2).
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Vamos Conversar sobre AUDITORIA DO SUS?** Série Auditoria do SUS. Vol. 2 – Brasília – DF. 2004. 19 p.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009. 282 p.
- BRASIL. **Constituição Federal do Brasil 1988**. São Paulo. 2014.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Disponível em <http://sna.saude.gov.br> acesso em 15/12/2015.
- BRASIL. **Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990**. Disponível em WWW.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L.8142.htm acesso em 15/12/2015.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento Nacional de Auditoria do SUS. **Auditoria do SUS:**

Orientações Básicas. Brasília: [s.n.], 2011. Série A. Normas e Manuais Técnicos.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde SUS. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/o-ministerio/estrutura-e-competencias>. Acesso em abril/2016.

BRASIL. Organograma da SAS. 2014. Disponível em <http://portalsaude.saude.gov.br/>.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. **Normas de Auditoria.** Normas de Auditoria do Tribunal de Contas da União. 2011. Disponível em: <http://portal2.tcu.gov.br/Acesso: 27/11/2015>.

BROUSSELLE, Astrid. CHAMPAGNE, François. CONTANDRIOPOULOS, André Pierre. HARTZ, Zulmira. **Avaliação conceitos e métodos.** Rio de Janeiro, 2013. 291p.

CARVALHO, André Luis Bonifácio de. et al.. **A Gestão do SUS e as práticas de monitoramento e avaliação: possibilidades e desafios para a construção de uma agenda estratégica.** 2012, p. 901-911.

Constituição Federal 1988 e o SUS. **Figura 1.2.** Disponível em: slideplayer.com.br.

DALFIOR, Eduardo Tonole; LIMA, Rita de Cássia Duarte; ANDRADE, Maria Angélica Carvalho. **Reflexões sobre análise de implementação de políticas de saúde.** Saúde Debate. Rio de Janeiro, v. 39, N 104, P. 210-225, JAN-MAR 2015.

DECRETO nº 7.508, de 28 de junho de 2011.

DENHARDT, Robert B. **Teorias da Administração Pública.** São Paulo, Cengage learning, 2013.

FARIA, Carlos Aurélio Pimenta de. **Implementação: Ainda o “Elo Perdido” da Análise de Políticas Públicas no Brasil?.** Revista Debates, Porto Alegre, v.6, n. 2, p. 13-36, maio-ago. 2012.

FLICK, Uwe. **Introdução à pesquisa qualitativa.** Porto Alegre: Bookman, 2009. 3ª ed. 405p.

Finkler, Lirene; Dell'Aglio, Débora Dalbosco. **Reflexões sobre avaliação de Programas e Projetos Sociais.** Barbarói, Santa Cruz do Sul, n.38, p.<126-144>, jan./jun. 2013. p.126-144.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa.** 4ª ed. São Paulo: Atlas, 2002, p. 42.

- GRUBER, Jonathan. **"Finanças Públicas e Políticas Públicas"**. 2ª ed. 2007. Cap. 5. P.1
- HEIDEMANN, Francisco G. **Políticas Públicas e Desenvolvimento: bases epistemológicas e modelos de análise**. Cap. 1 "Do sonho do progresso às políticas de desenvolvimento". 2009. p. 23-39.
- JANNUZZI, Paulo de Martino. **Avaliação de Programas Sociais no Brasil: Repensando práticas e metodologias das pesquisas avaliativas**. Planejamento e Políticas Públicas/ppp/n.36/jan.jul. 2011. p.251-275.
- LAVRAS, Carmen. **Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil**. Saúde Soc. São Paulo, v.20, n.4, p.867-874, 2011.
- LORENZETH, Jorge. LANZONI, Gabriela Marcellino de Melo. ASSUITI, Luciana Ferreira Cardoso. PIRES, Denise Elvira Pires de. RAMOS, Flávia Regina Souza. **Gestão em Saúde no Brasil: Diálogo com Gestores Públicos e Privados**. Florianópolis. 2014. Texto Contexto Enferm. Abri-Jun; 23(2): 417-25.
- LOTTA, Gabriela Spanghero. **Agentes de Implementação: uma forma de análise de políticas públicas**. Cadernos Gestão Pública e Cidadania, São Paulo, v.19, nº 65, Jul-Dez 2014.
- LOTUFO, Márcia. MIRANDA, Alcides Silva de. **Sistemas de direção e práticas de gestão governamental em secretarias estaduais de Saúde**. RAP Rio de Janeiro 41(6):1143-63, Nov./Dez. 2007.
- MALTA, Deborah Carvalho. MERHY, Emerson Elias. **O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis**. Comunicação Saúde Educação, v.14, n.34, p.593-605, jul.set. 2010.
- MARINHO, Alexandre; FAÇANHA, Luís Otávio de F. **Programas Sociais – efetividade, eficiência e eficácia como dimensões operacionais de avaliação**. Rio de Janeiro:IPEA, 2001.
- MAXIMIANO, Antonio Cesar Amaru. **Introdução à Administração**. São Paulo, 2011. p. 419.
- MELO, Marilene Barros de.; VAITSMAN, Jeni. **Auditoria e Avaliação no Sistema Único de Saúde**. São Paulo em Perspectiva, 2008. v. 22, n. 1,p.152-164, jan./jun.
- MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Belo Horizonte. Ciência & Saúde Coletiva, 15 (5): 2297-2305, 2010.
- MEIRELLES, Hely Lopes. **Direito Administrativo Brasileiro**. 1990 40ª edição atualizada até a Emenda Constitucional 76, de 28.11.2013. 2014. p. 941.

- MILES, M.B.;HUBERMAN, A M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications, 1994.
- MINTZBERG, Henry. **Criando Organizações Eficazes** estrutura em cinco configurações. São Paulo, Editora Atlas, 2015.
- Ministério da Saúde – **Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PES), 2011-2015**. Resultado e Perspectivas. Brasília-DF, 2013.
- Ministério da Saúde. **Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – RAG/SAS/MS** Brasília-DF, 2014.
- MOTTA, Fernando C. Prestes; VASCONCELOS, Isabella F. Gouveia de. **Teoria Geral da Administração**. São Paulo: Cengage Learning. 3ª Ed. ver. 2015.
- OLIVEIRA, José Antônio Puppim. **Desafios do Planejamento em políticas públicas: diferentes visões e práticas**. RAP Rio de Janeiro 40(1): 273-88, Mar./Abr. 2006.
- PAIM, Jairnilson Silva. **O que é o SUS** – Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2009. 148p. (Coleção Temas em Saúde).
- PAIM, Jairnilson. Et al.. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. 2011. Disponível em: WWW.thelancet.com. Acessado em 01/12/2015.
- PAIM, Jairnilson Silva. TEIXEIRA, Carmen Fonte. **Política, planejamento e gestão em saúde: balanço do estado da arte**. Ver Saúde Pública 2006;40(N Esp):73-8.
- PAIVA, Carlos Henrique Assunção; TEIXEIRA, Luiz Antonio. **Reforma Sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores**. Fiocruz. Rio de Janeiro-RJ, v.21, n.1, jan-mar. 2014, p. 15-35.
- RUA, Maria das Graças. **Análise de Políticas Públicas: Conceitos Básicos**. In: Rua, Maria das Graças; VALADÃO, Maria Izabel. O Estudo da Política: Temas Selecionados. Brasília: Paralelo 15, 1998.
- RAEDER, Savio. **Ciclo de Políticas: uma abordagem integradora dos modelos para análise de políticas públicas**. Belo Horizonte. Perspectivas em Políticas Públicas Vol. VII | Nº 13 jan/jun 2014. p. 121-146.
- SARAVIA, Enrique. FERRAREZI, Elisabete. **Políticas Públicas**. Coletânea – Vol. 1.Brasília. ENAP. 2006. p.42.
- SANDERSON, Ian. **Evaluation, Policy Learning and Evidence-Based Policy Making**, Public Administration 80 (1)): 1-22. 2002.
- SECCHI, Leonardo. **Políticas Públicas:conceitos, esquemas de análise, casos práticos**. . São Paulo: Cengage Learning, 2014.

- SOBRAL, Filipe; PECL, Alketa. **Administração teoria e prática no contexto brasileiro**. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2013.
- SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: Conceitos, Tipologias e Sub-Áreas**. Fundação Luís Eduardo Magalhães. 2002, p. 29.
- SOUZA, Celina. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. Sociologias, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.
- SOUZA, Celina. **“Estado do Campo da Pesquisa de Políticas Públicas no Brasil”**. RBCS Vol. 18 nº. 51 fevereiro/2003. p. 15-20.
- SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de.; CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **O uso de pesquisas na formulação de políticas de saúde: obstáculos e estratégias**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 546-554, mar-abr, 2004.
- TAKEDA, Silvia. TALBOT, Yves. **Avaliar, uma responsabilidade**. Ciência & Saúde Coletiva, 11(3):564-576, 2006.
- TEIXEIRA, Carmen Fontes. **Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades**. Saúde e Sociedade v.13, n. 1, p. 37-46, jan-abr 2004.
- VAITSMAN, Jeni. RODRIGUES, Roberto W.S.. PAES-SOUSA, Rômulo. **O Sistema de Avaliação e Monitoramento das Políticas e Programas Sociais: a experiência do Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome do Brasil**. Brasil, UNESCO, 2006.
- VENTURA, Magda Maria. **O Estudo de caso como modalidade de Pesquisa**. Ver. SOCERJ, 2007; 20(5): 383-386. set/out.
- VERGARA, Sylvia Constant. **Projetos e Relatórios de Pesquisa em Administração**. São Paulo, Atlas. 1998. 2ª ed.. 494p.
- VILASBÔAS, Ana Luiza Queiroz; PAIM, Jairnilson Silva. **Práticas de planejamento e implementação de políticas no âmbito municipal**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24(6):1239-1250, jun, 2008.
- XU WU; RAMESCH, M.; HOWLETT, Michael; FRITZEN, Scott. **Guia de Políticas Públicas: Gerenciando Processos**. Brasília, Enap, 2014. 160p.
- YIN, Robert K. **Estudo de Caso: Planejamento e métodos**. Porto Alegre. 2001. Bookman, 2ª ed. 200p.

APÊNDICE A – INDICADORES DE ANÁLISES DE DADOS

CÓDIGO	OBJETO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
PAC01	Política Multicêntrica	A política é considerada pública quando o problema é coletivo; admite outros atores na elaboração da implementação; e interpretação surge de atores políticos.	Atuação de diversos atores e atuação de atores políticos
PAC02	Política Regulatória	Coerção imediata e direta, são leis que regulam os comportamentos individuais ou coletivos	Elaboração da política por Normas e Leis que regulam comportamentos individuais e coletivos
PAC03	Política Redistributiva	Coerção imediata, apesar de aplicar de forma coercitiva com aplicabilidade instantânea considera o ambiente, são aquelas tributam um grupo em benefício de outro	A política é elaborada pela política coercitiva, considera o ambiente, tributam um grupo em benefício de outro
PAC04	Política Distributiva	Utilizam as receitas de impostos arrecadadas global para benefícios individuais, conforme o autor seu poder de coerção é tido como remota da conduta individual, essas políticas são exercidas mais comumente pelo governo federal	A política utiliza receita de impostos.
PAC05	Política Constitutiva	As políticas são de coerção remota, atingem o cidadão indiretamente, são regras que moldam as competências da dinâmica das políticas	A política é de forma coercitiva que moldam as dinâmicas das políticas
PAN06	Problema Público	Admitidos pelo governo como problema público	Diagnóstico de um problema público
PAP07	Agenda	Agenda é a lista de questões ou problemas que recebem alguma atenção séria	Formação da Agenda
PAP08	Identificação das alternativas	Tomadores de decisão selecionam as alternativas	Escolha das alternativas
PAI09	Estudos sobre implementação	Na etapa da implementação são fundamentais os estudos para visualizar os aspectos que interferem na execução	Existência de avaliações da execução
PAI10	Fatores ambientais de interferências na implementação	Aspectos que interferem na implementação ambientais	Observação que indiquem fatores ambientais de interferência
PAI11	Fatores estruturais de interferências na implementação	Aspectos que interferem na implementação estruturais	Observação que indiquem fatores estruturais de interferência
PAI12	Fatores organizacionais de interferências na implementação	Aspectos que interferem na implementação organizacionais	Observação que indiquem fatores organizacionais de interferência
PAI13	Fatores de comunicação de interferências na implementação	Aspectos que interferem na implementação de comunicação	Observação que indiquem fatores de interferência na comunicação
PAI14	Fatores de coordenação de interferências na implementação	Aspectos que interferem na implementação de coordenação	Observação que indiquem fatores de interferências na coordenação

CÓDIGO	OBJETO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
PAI15	Modelo de Implementação <i>top-down</i>	Nesse modelo os atores políticos são quem elaboram as políticas públicas e os implementadores tratam apenas dos caminhos administrativos para que as ações aconteçam	Os implementadores não interferem na política, apenas a executam
PAI16	Modelo de Implementação <i>bottom-up</i>	Nesse modelo os atores implementadores têm participação no processo de apuração do problema e na seleção das soluções durante a execução da política.	Os atores implementadores interferem no redirecionamento da política
PAI17	Externalidades positivas na implementação	São aquelas que interferem positivamente na política pública	Observação de um fator de interferência positiva
PAI18	Externalidades negativas na implementação	São aquelas que interferem negativamente na política pública	Observação de um fator de interferência negativa
PAI19	Efeitos da prática de implementação	Análise da prática das estratégias de implementação	Avaliação da estratégia de implementação
PAI20	Acompanhamento da Implementação	Verificação da sustentabilidade do que foi acordado na formulação da política	Acompanhamento da sustentabilidade da implementação
PAI21	Fatores de conflitos	Conflitos entre os atores	Informações e registros de conflitos
PAA22	Avaliação	É entendida como um processo que implica julgar, emitir um julgamento de valor, tendo por base uma análise do que foi realizado (intervenção, ação, serviços, procedimento, etc.) ou uma análise do resultado obtido, sempre em comparação com um referencial considerado com o ideal a ser alcançado.	Análise avaliativa contendo comparação do encontrado com o ideal a ser alcançado
PAF23	"feedbacks"	Retrolimentação do processo. Estudo da evolução do que foi proposto, situação encontrada e do que foi realizado.	Informações do desempenho das ações e ações corretivas
PAA24	Indicadores de avaliação	Avaliar relevância, eficiência, efetividade, resultados, impactos ou sustentabilidade.	Avaliação do impacto das ações da política
PAD25	Desafios técnicos	Compreensão da causa do problema a ser abordado e dos objetivos buscado	Reuniões técnicas
PAD26	Desafios institucionais	Problemas de Integração e inovação	Entraves institucionais
PAP27	Planejamento estratégico	É o processo de estruturar e esclarecer os cursos de ação da empresa (organização) e os objetivos que deve alcançar	Registros contendo os cursos de ação e os objetivos a serem alcançados
PAP28	Plano	Conterá os objetivos, diretrizes e metas para quatro anos em conformidade com o PPA	Plano
PAP29	Programação Anual	Operacionaliza as ações previstas no Plano	Programação Anual
PAR30	Relatório Anual de Gestão	Registra os resultados alcançados	Relatório anual de gestão
PAM31	Monitoramento	O acompanhamento continuado de compromissos (objetivos, metas e ações), explicitando em planos, programações ou projetos, de modo a verificar se estes estão sendo executados conforme preconizado	Relatórios contendo registros de execução das ações objetivos e metas ao longo do processo

CÓDIGO	OBJETO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
PAS32	Estratégia	É a escolha das ações e dos meios para realizar os objetivos	Relatórios contendo as ações e os meios que serão utilizados para alcance dos objetivos
PAS33	Estratégia Operacional	Modo de praticar as estratégias da organização	Modo de praticar as estratégias
PAP34	Planejamento tático	Distribui os objetivos nos diversos setores e departamentos da organização	Distribuição dos objetivos entre as áreas da organização
PAA35	Auditoria	Auditoria é o exame sistemático e independente dos fatos pela observação, medição, ensaio ou outras técnicas apropriadas de uma atividade, elemento ou sistema para verificar a adequação aos requisitos preconizados pelas leis e normas vigentes e determinar se as ações e seus resultados estão de acordo com as disposições planejadas.	Relatório de Auditoria
PAA36	Auditoria Interna	A auditoria interna, como processo de revisão, tem caráter permanente, com o objetivo de assessorar a administração no desempenho efetivo de suas funções e responsabilidades e de constituir um controle gerencial. O controle interno se faz através do exame e da verificação quanto à adequação e eficácia a um custo razoável. O auditor, a partir de suas análises, sugere orientações para elaboração ou reformulações nos padrões e rotinas	Relatório de auditoria com avaliação dos padrões e rotinas internas
PAA37	Auditoria externa	A auditoria externa, por sua vez, é realizada por profissionais liberais, completamente independentes da organização a ser auditada, diminuindo, dessa forma, a subordinação dos auditores à política vigente da organização, o que parece proporcionar uma maior isenção	Relatório de auditorias de outros órgãos
PAA38	Auditoria Operativa	Auditoria Operativa está relacionada à análise sistemática das atividades, programas, projetos dos sistemas governamentais.	Relatório de auditoria com análise das atividades dos programas quanto a eficiência na aquisição e aplicação de recursos
PAA39	Auditoria de desempenho	A auditoria de desempenho operacional procura examinar os aspectos da economicidade, eficiência e eficácia	Relatório de auditoria e avaliação dos aspectos de economicidade e eficiência, do programa
PAA40	Auditoria de programa	Trabalha com a avaliação de programa, examina os resultados, isto é, a efetividade dos programas e projetos	Relatório de auditoria com análise dos resultados, isto é, eficácia e da efetividade do Programa
PAA41	Auditoria de Conformidade	Auditoria de conformidade tem o objetivo de verificar a obediência de normas e regulamentos, buscando evitar fraudes e desvios de recursos	Relatório de auditoria que relata a obediência a normas e regulamentos

CÓDIGO	OBJETO	DEFINIÇÃO	INDICADORES
PAA42	Auditoria Parcial	Auditoria para verificação de um objeto determinado	Relatório de auditoria de um objeto determinado
PAA43	Auditoria completa	Auditoria de verificação geral do objeto	Relatório de auditoria de verificação do objeto geral
PAA44	Periodicidade da auditoria	Período a ser apurado pela auditoria	Abrangência auditada
PAA45	Auditoria preventiva	É atuação objetiva sobre uma não conformidade potencial, evitando sua ocorrência	Auditoria para evitar ocorrência desvios de rumos
PAA46	Auditoria acompanhamento	Processo de orientação no qual o orientador, mediante contato com o processo, acompanha o desenvolvimento de determinada(s) atividade(s)	Auditoria de acompanhamento do processo
PAA47	Auditoria corretiva	É a eliminação da causa de uma não conformidade evitando sua recorrência	Auditoria para apuração de irregularidade ou improbidade
PAA48	Relatório de Auditoria	Tem por finalidade relatar os fatos observado dos dados obtidos e das análises efetuadas sobre o desempenho do auditado, ensejando como produto final sugestões e/ou recomendações para prevenção e correção de rumos	Relatório de auditoria
PAT49	Controle	Funções do controle envolvem: a definição de medidas de desempenho; a verificação sistemática do desempenho efetivo; a comparação entre os padrões e objetivos planejados e o desempenho efetivamente observado; e, finalmente, o estabelecimento de medidas corretivas (no caso de verificarem desvios significativos)	Verificação de desvios
PAE50	Eficiência	É a palavra usada para indicar que a organização utiliza produtivamente, ou de maneira econômica, seus recursos. Quanto mais alto o grau de produtividade ou economia na utilização dos recursos, mais eficiente a organização	Acompanhamento da utilização dos recursos disponibilizados
PAE51	Eficácia	A palavra para indicar que a organização realiza seus objetivos. Quanto mais alto o grau de realização dos objetivos, mais a organização é eficaz	Acompanhamento do alcance dos objetivos
PAE52	Efetividade	a transformação de insumos em produtos que gerem impactos positivos	Acompanhamento da qualidade das ações e serviços disponibilizados

FONTE: ELABORADO PELA AUTORA DA PESQUISA

APÊNDICE B - ENTREVISTA

1)	Quem são os atores que participam da elaboração da Política?
2)	É realizada a avaliação da sustentabilidade da política?
3)	Ela consta na agenda como problema prioritário?
4)	Quais são os atores que participam da elaboração dos objetivos da política?
5)	São realizados estudos para a implementação da política?
6)	São realizados estudos de interferências de fatores de aspectos ambientais, estruturais, organizacionais, de comunicação e de coordenação?
7)	O implementador da política se envolve na causa do problema e na integração de implementação?
8)	O implementador da política se envolve na solução do problema?
9)	Nesses estudos consta análise de externalidades positivas e negativas?
10)	Há registros ou conhecimento de conflito entre os atores envolvidos na elaboração da política?
11)	São realizados relatórios de avaliação da política? Eles contêm indicadores de avaliação?
12)	Esses relatórios de avaliação são encaminhados aos gestores envolvidos?
13)	Os gestores têm conhecimento das causas e dos objetivos da política?
14)	Tem registros ou conhecimento de problemas de integração e inovação?
15)	Há comprometimento dos gestores com o desenvolvimento da política?
16)	É elaborado planejamento das ações?
17)	São elaborados Planejamento estratégico, plano, programação anual e relatório de gestão?
18)	Há registros de acompanhamento da execução das ações, objetivos, metas ao longo do processo?
19)	Existem relatórios contendo os meios pelos quais serão executados os objetivos?
20)	Com relação às auditorias, são demandas pela área técnica? São solicitadas auditorias às áreas interna ou externa ao órgão? Para qual setor?
21)	As auditorias solicitadas são para atender demandas pontuais ou para avaliação da política ou do programa?
22)	Essas auditorias são preventivas, de acompanhamento ou corretivas?
23)	Os relatórios de auditorias recebidos constam informações suficientes para detectar problemas na implementação do que foi planejado?
24)	As informações contidas nos relatórios de auditoria retroalimentam com informações suficientes para avaliar a eficiência, eficácia e efetividade da política?
25)	As auditorias têm avaliado a eficiência, eficácia e efetividade dos programas que compõem a política?
26)	O planejamento da política utiliza os resultados das auditorias dos programas para retroalimentar a implementação dos programas e da política? Dê exemplo(s).
27)	Quando os resultados das auditorias foram utilizados para o planejamento suas informações foram suficientes para a seleção da tomada de decisão do que deveria ter mais atenção para ter mais qualidade?
28)	Quais os tipos de auditorias mais adequadas para a continuidade da implementação do planejamento da política ou do programa? () pontuais ou () de avaliação da eficiência, eficácia e efetividade do programa ou da política

FONTE: Elaborado pela autora da Pesquisa.

APÊNDICE C – FOLHA SUMÁRIA DOS DADOS CODIFICADOS

FOLHA DE SUMÁRIO DOS DADOS CODIFICADOS							
ITEM	DECODIFICAÇÃO			TRECHO	REFERÊNCIA		
D001	PAC01			SAMU 192, RC e SAS - Os atores que participam da elaboração da política: Atores Governamentais, gestores estaduais, municipais, Casa Civil, órgãos de controle, sociedade civil, grupos representantes de mulheres, grupos repres. LGBTs, grupos de saúde mental, grupos rep. De idosos, aposentados, movimento sociais em geral, e as organizações médicas, as organizações das profissões de saúde, tem uma miríade de atores. POLÍTICA MULTICÊNTRICA	ENTR.1	ENTR.4	ENTR.7
				DEMÁS/SAS - As Políticas são elaboradas pelas áreas técnicas do MS. Após serem estalecidas as prioridades de governo as áreas técnicas juntamente com outros atores elaboram a política. POLÍTICA MULTICÊNTRICA	ENTR.1		
D002	PAN06			O SAMU 192 foi pensado de acordo com a idéia de um Sistema Francês fazendo adaptação para a realidade do Brasil. PROBLEMA PÚBLICO	ENTR.3		
				RC - Detectada como Problema Público pelo Governo Federal PROBLEMA PÚBLICO	ENTR.4		
D003	PAP07			RC - Desde 2011 a Rede Cegonha (RC) sempre foi uma agenda muito prioritária nos espaços de governança do SUS. E foi corroborada no PPA 2012-2015 que agente fala das Redes Temáticas e agora novamente no PPA 2016-2019. SAMU não é mais prioritário, mas consta na agenda do governo. AGENDA	ENTR.3	ENTR.4	
D004	PAP08			SAMU 192 - Vem sendo falado na expansão da cobertura, mas não é mais prioridade que tinha anos atrás, até pq ele já tem mais de 70% de cobertura da população brasileira. As localidades que não tem SAMU 192 são vários os fatores de dificuldade para implantação , e tem mais o cenário financeiro do país tudo isso influência para o crescimento. IDENTIFICAÇÃO DE ALTERNATIVAS	ENTR.3		
				SAS - Cada uma tem as regras específicas e tão fechadas em suas próprias caixinhas, que acontecem situações diversas.	ENTR.7		
D005	PAI 09	PAI10	PAI11	SAMU 192 - Mas o que sei sobre isso é que na época tirou-se essa idéia pelo fato de se enxergar indicadores de causas externas, o pessoal teve esse olhar de causas externas por indicadores . De outros problemas cardiovasculares também, e que no país não existia olhar para esse problema. ESTUDO SOBRE IMPLEMENTAÇÃO E FATORES DE INTERFERÊNCIAS NA IMPLEMENTAÇÃO	ENTR.3		

FONTE: Elaborado pela autora da Pesquisa.

APÊNDICE D - DOCUMENTOS CONSULTADOS

- Constituição Federal 1988, Art. 196.
- *Publicação/MS: Ministério da Saúde. “MAIS GESTÃO É MAIS SAÚDE. Governança para resultados no Ministério da Saúde”, 2009;*
- *Relatório Anual de Gestão/RAG 2014 da Secretaria de Atenção à Saúde/SAS;*
- *Ministério da Saúde – Série Cadernos de Planejamento. Vol 7 – “Sistema de Planejamento do SUS – uma construção coletiva. Formulação de políticas específicas de saúde”, 2009.*
- Portal da saúde - ***portalsaude.saude.gov.br/***
- Plano Plurianual (PPA) – 2012-2015
- *Ministério da Saúde – Planejamento Estratégico do Ministério da Saúde (PES), 2011-2015. Resultado e Perspectivas. Brasília-DF, 2013.*
- Plano Nacional de Saúde(PNS) 2012-2015
- Manual Técnico de Orçamento (MTO) 2016
- Relatório Anual de Atividades DENASUS/SGEP/MS 2015 (PAA, 2015).
- *Publicação do Ministério da Saúde – Série “Auditoria do SUS- Orientações Básicas” Vol.1 – Brasília-DF. 2011.*
- Lei 8.080/90
- *Série Auditoria do SUS – Vol 1 – “Devolução de Recursos em Auditoria do SUS” (Orientações Básicas) Brasília – DF. 2014.*
- PES 2011-2015
- Portaria GM/MS nº 743, de 18 de abril de 2012
- Decreto nº 8.065/2013
- Relatório Anual de Gestão da Secretaria de Atenção à Saúde – RAG/SAS/MS 2014.
- Plano Diretor da Reforma do Aparelho do Estado – Bresser Pereira 1995 (PDR, 1995);
- Decreto nº 1.651, de 28 de setembro de 1995

REDE CEGONHA

- **Portaria GM/MS nº 1.459** de 24 de junho de 2011
- **Portaria GM/MS nº 4.279** de 30 de dezembro de 2010

SAMU 192

- **Portaria GM/MS nº 1.010** de 2012

- **Decreto nº 5.055/ 2004**
- **Publicação Urgência e Emergência/MS, 2001**
- **Portaria GM/MS nº 2.048 de 2002**
- **Portaria GM/MS nº 1.600 de 2011**

APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



Faculdade de Economia, Administração e Contabilidade – FACE

Curso: Mestrado em Economia e Gestão Pública - IPEA

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Você está sendo convidado(a) a participar como voluntário(a) da pesquisa “Relações entre os resultados das Auditorias e a Implementação do Planejamento da Saúde – aspectos de Monitoramento e Avaliação”, executada pela Universidade de Brasília, com o objetivo de avaliar as representações sobre o tema por gestores e profissionais do Sistema Único de Saúde. Esta pesquisa está sendo realizada pela pesquisadora Cleide Carvalho Toscano de Almeida, vinculado ao Programa de Pós-graduação em “Economia e Gestão Pública” da Universidade de Brasília.

A sua participação irá requerer um tempo de cerca de 30 minutos, e você terá liberdade para responder de acordo com a sua percepção sobre o assunto.

Você poderá recusar-se a responder qualquer uma das perguntas que lhe cause constrangimento, bem como, decidir interromper sua participação a qualquer momento da pesquisa.

As informações coletadas nesse estudo farão parte da dissertação de mestrado do pesquisador e poderão resultar em publicações em periódicos científicos e livros. O investigador se obriga a não revelar sua identidade e privacidade em qualquer publicação.

Antes de assinar este termo, você deve informar-se plenamente sobre o mesmo, não hesitando em formular perguntas sobre qualquer aspecto que julgar conveniente.

Esclarecimentos poderão ser feitos a qualquer momento da pesquisa. O contato com o pesquisador Cleide Carvalho Toscano de Almeida poderá ser feito, se necessário, por meio do telefone 3254-8936, cel. 99273-9194 ou por meio do e-mail cleide.toscano@gmail.com.

Informações sobre o Curso de Mestrado em Economia e Gestão Pública podem ser obtidas na Secretaria da FACE-UnB pelo telefone 61 3107-0743.

Local e Data: _____, ____/____/2016.

Nome do (a) participante:

(LETRA DE FORMA)

Assinatura do (a) participante:

Pesquisador Responsável (assinatura):

Cleide Carvalho Toscano de Almeida